



Questionnaire d'orientation pour la consultation sommeil

Gwendoline Bernard

► To cite this version:

Gwendoline Bernard. Questionnaire d'orientation pour la consultation sommeil. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01293365

HAL Id: dumas-01293365

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01293365>

Submitted on 24 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Nice Sophia Antipolis

Faculté de médecine.

Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine.

Questionnaire d'orientation pour la consultation sommeil.

Présentée et Soutenue Publiquement le 18 Décembre 2015 à
Nice.

Par Gwendoline Bernard.

Née le 28 Mai 1987 à Ajaccio.

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Charles-Hugo Marquette

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Charles-Hugo Marquette.

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Michel Benoit.
Monsieur le Professeur Pierre Thomas.
Monsieur le Docteur Maël Launay**



UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	

M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BATT Michel M. BLAIVE Bruno	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOQUET Patrice	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOURGEON André	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE BAS Pierre
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE FICHOUX Yves
Mme BUSSIERE Françoise	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
M. DAR COURT Guy	M. MATTEI Mathieu M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François M. DOLISI Claude	M. ORTONNE Jean-Paul
M. FRANCO Alain	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. FREYCHET Pierre	M. SCHNEIDER Maurice
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TOUBOL Jacques
M. GRELLIER Patrick	M. TRAN Dinh Khiem
M. HAR TER Michel	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. INGLES AKIS Jean-André	M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques

M. BASTERIS Bernard

Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie

Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)

M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)

M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)

Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
-----	---------------	---------

Mme	ROSE Patricia	Anglais
-----	---------------	---------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
-----	------------------	----------------------------------------------

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
----	-------------------	---------------------------------

Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
-----	------------------	-------------------

M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
----	---------------	-------------------------------------------

Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
-----	--------------------------	---------------------

Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
-----	-----------------------	---------------------------------------------

M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
----	--------------	---------------------------------

M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
---	--------------	-----------------------

M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
---	-----------------	---------------------

M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
----	---------------	-----------------------------------------

M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)

Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
-----	-------------------	-------------------------------------------

Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
-----	-----------------	------------------------------------

Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
-----	---------------------	---------------------

Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
-----	---------------	---------------------

Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
-----	-----------------------	---------------------------------------------

M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01) Mme
	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
	M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
	M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Charles-Hugo Marquette, Qui me fait l'honneur de présider ce jury et qui a dirigé ce travail. Je vous remercie pour l'enseignement que vous avez su me délivrer au cours de mon internat et externat, et d'avoir su me convaincre et me montrer à quel point la pneumologie était une spécialité transversale et fascinante. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur Le Professeur Michel Benoit, de faire l'honneur d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur Le Professeur Thomas de me faire l'honneur de siéger dans ce jury de thèse et d'avoir su se rendre disponible malgré sa garde initialement prévue ce jour. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Maël Launay. Qui me fait l'honneur de faire partie de mon Jury, et qui m'a permis d'utiliser le questionnaire qu'il avait mis en place. Et pour les quelques moments de travail que l'on a pu partager au laboratoire du sommeil. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Nos Aînés :

Monsieur le Docteur Fernand Macone, pour ce qu'il a su me transmettre, m'apprendre et me faire comprendre dans bien des domaines, ainsi que pour son soutien constant.

Mesdames les Docteurs Sylvie Leroy, Céline Sanfiorenzo, Sabine Marco et Cécile Pereira, j'ai beaucoup appris à vos côtés.

Monsieur le Docteur Pierre Wolter, un terrible pneumo-physiopathologiste, j'espère un jour être capable de restituer les choses de la même façon que vous.

Monsieur le Docteur Michel Poudenx pour m'avoir enseigné les rudiments de la vidéo-écho-endoscopie.

Messieurs les Docteurs Gwenaël Alfonsi, Ahim Chan Yu King et Jean Claude Mouries, pour leur accueil, leur soutien (psychologique) à toutes épreuves, ce qu'ils m'apprennent chaque jour tant sur plan professionnel que humain. Et pour la relecture attentive et bienveillante de mon mémoire et de ma thèse.

A ces Dames les Docteurs : Sylvia, Héroïse et Johanna, pour ces bons moments partagés avec vous, et pour ce que vous m'avez appris !

A mes parents, et grands-parents : sans qui je ne serais rien. Pour leur soutien sans faille , pour leurs bons conseils , pour les belles et drôles discussions qu'on sait si bien avoir tous ensemble , et parce qu'il n'y aura jamais personne qui ne me comprendra mieux que vous . Merci de me montrer chaque jour ce que je vaudrais et ce que je ne suis pas toujours capable de voir.

A mes frères, Jérémy et Gabriel. La prunelle de mes yeux.

A Stella-Marie, Pierre-Antoine et Marc André plus que des cousins des frères et sœurs, et tous mes autres cousins pour leur soutien moral et les bons moments passés ensemble.

A ma famille toujours aidante et présente.

A Laura, Alex, Gaby, Agnès, Audrey, Sophie, et Jeff pour leur amitié de toujours.

A Laura, Sarah-Line et Julie mes amies et ancienne co-externes, pour ces années passées avec vous (un petit brunch de 10h à 17 h ?).

A Anghjula (et Dumè), mon acolyte de la première heure merci d'avoir été là et de Toujours l'être.

A Adeline, mon Bichon, mon rayon de soleil.

A Lucile, ma Lulu d'amour, pour sa joie, son humour et son amitié.

A Jennifer pour sa joie de vivre, sa présence au quotidien, qu'est-ce que je vais bien pouvoir faire sans toi ...

A Louisa, ma coloc, pour sa présence au quotidien, nos grandes discussions sur le sens des choses, et qui va venir me montrer ses futures nouvelles chaussures maintenant ?

A Rita, mon poulet.

A Maxime, que j'ai supporté souvent.

A Linda et Hannah, mes co-internes adorées et coloc aux cours de DES, ça me manquera tout ça !!

A Nihal, THE INTERNIST ! Et gentleman en plus de ça !

A Laura Cabane ma poulette râleuse !

A Pierre-Marie, pour bien des choses et notamment quelques soirées arrosées.

A tous mes anciens co-internes avec qui ces années furent folles : A Pauline (« Professeur » Sivry et nos visites à deux cerveaux, tic et tac), Julien mon tout premier co-interne, LE Cardiologue. A Pierre-Jean cet incroyable râleur, Pierre toujours constant dans son humeur, à la belle Laure Elise ,à Arthur(o), Lolo et Clément (on trouve vraiment des choses bizarres dans votre maison) , Jérémy tant de discrétion, Paul, Jonathan la relève de la pneumo (je vous attends à Bastia) Marion ,Xavier, Verena(UMIPUOG Bonjour) ,et Marianne mon ultime co-interne !

A toute l'Equipe de Pasteur, du H2, des soins intensifs (qui m'a si bien couvé), de l'hôpital de semaine (muuuufles !!!) de l'HDJ et d'Endoscopie.

A tous les membres l'équipe de Cardiologie du Docteur Tibi à Cannes, pour leur accueil et tout ce qu'ils m'ont appris.

A toute l'équipe de Pneumologie du Docteur Perrin à Cannes, à Monsieur Perrin à Yannick et Valérie pour les bons moments qu'on a passé, et tout ce que j'ai pu comprendre et apprendre avec vous

A toute l'équipe de Médecine interne du Professeur Fuzibet, aux Docteurs Jeandel, Queyrel Theullier. Et Eléa.

A toute l'équipe de Pneumologie de l'hôpital de Bastia.

A Jess, Ariane et Yoyo trois belles rencontres et Personnes, ma porte Bastiaise vous est grande ouverte.

Aux belles rencontres Bastiaises (Emilie, Marine, Nico...)

A tous ceux que j'oublie difficile d'être exhaustif dans ces circonstances !

Table des Matières :

I-Introduction : page 19.

II- Etats des lieux des connaissances : page 20.

A)-Critères diagnostiques des pathologies du sommeil : page 20.

1)-Insomnie. Page20.

2)-Somnolence diurne excessive, hypersomnies centrales primaires :
Page22.

a)-Narcolepsie. Page23.

b)-Hypersomnies diurne idiopathique.Page25.

3)-Syndrome de mouvement périodique des jambes au cours du
sommeil. Page27.

4)-Syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil. Page29.

5)-Syndrome d'apnées centrales du sommeil. Page31.

a)-Syndrome d'apnées centrales du sommeil primaire. Page 31.

b)-Respiration périodique, Cheyne-Stoke. Page 32.

c)-Syndrome d'apnées du sommeil central secondaire, sans respiration périodique. Page 32.

6)-Parasomnies : Page33.

a)-Parasomnies en sommeil lent profond. Page33.

b)-Parasomnies en sommeil paradoxal. Page34.

c)-Parasomnies en sommeil lent et paradoxal. Page35.

B)- Questionnaires de dépistage des troubles du sommeil et leur validité. Page35.

a)-L'échelle de somnolence d'Epworth. Page35.

b)-Le questionnaire de Berlin. Page38.

c)-Les questionnaires STOP et STOP and BANG. Page39.

C)- Le dépistage de pathologies par questionnaire, dépistage d'une pathologie par questionnaire auto-administré. Page41.

D)- Application des questionnaires d'orientation diagnostique en pratique clinique courante. Page42.

III-matériel et méthode : Page43.

1)-Objectifs. Page43.

2)-Le questionnaire. Page44.

3)-Modalité de recueil des données du questionnaire. Page47.

4)-Patients inclus dans l'étude. Page48.

IV-Résultats : Page51.

1)-Caractéristique de la population étudiée : Page57.

a)-Nombre de sujet inclus dans l'étude. Page51.

b)-Population de l'étude. Page51.

2)-Analyse statistique des données. Page53.

a)-Taux de bonne orientation par questionnaire. Page53.

b)-Sexe. Page54.

c)-Age moyen des populations consultant pour une pathologie du sommeil. Page57.

d)-Indice de masse corporel moyen des sous populations consultant pour un trouble du sommeil. Page58.

e)-Score d'Epworth. Page59.

f)-Score moyen à l'échelle d'anxiété de Goldberg et à l'échelle de dépression de Pichot. Page60.

g)-Questions explorant les troubles du sommeil. Page61.

1)-Insomnies. Page61.

2)-Parasomnies. Page63.

h)-Questions recherchant les symptômes évocateurs de syndromes d'apnées hypopnées obstructives du sommeil. Page64.

i)- Questions recherchant les symptômes évocateurs de maladie des jambes sans repos. Page65.

j)-Questions concernant les comorbidités. Page66.

V-Discussion. Page67.

1)- Le taux de bonne orientation. Page67.

2)-Sexe. Page67.

3)-IMC moyen des patients en fonction du trouble du sommeil suspecté. Page68.

4)-Scores à l'échelle de somnolence d'Epworth. Page68.

5)-Scores moyens à l'échelle de d'anxiété de GOLDBERG et à l'Echelle dépression de PICHOT. Page69.

6)-Symptômes évocateurs d'insomnie. Page70.

7) symptômes évocateurs de Parasomnies. Page70.

8)-Symptômes évocateurs de SAOS. Page71.

9)- les symptômes évocateurs de Maladie des jambes sans repos.
Page72.

10)-Comorbidités. Page72.

11) -points forts du questionnaire. Page73.

12)- points faibles du questionnaire. Page75.

13-) Solutions proposées pour améliorer ou simplifier le questionnaire. Page77.

VI-Conclusion. Page78.

VII- Références bibliographiques. Page80.

VII-Annexes. Page85.

Annexe 1

Annexe 2 Tableau de synthèse des résultats.

Dépliant laboratoire du sommeil CHU de Nice.

VIV-serment d'Hippocrate. Page95.

X-Résumé. Page96.

I-Introduction :

Le CHU de Nice comporte un laboratoire du sommeil destiné à rechercher et explorer les pathologies du sommeil tant sur le plan respiratoire, neurologique que psychiatrique.

Le laboratoire du sommeil de Nice est un petit centre avec une capacité d'accueil de 14 patients ; il dispose de 6 polygraphes, 5 oxymètres et 3 poly-somnographes, deux des chambres sont équipés de vidéo-infrarouge. Le délai moyen d'obtention de rendez-vous en consultation sommeil est de 1 mois et demi.

Le délai moyen d'hospitalisation pour l'exploration de trouble du sommeil après consultation initiale varie de 1.5 mois pour les polysomnographies, à 24h après la consultation pour les polygraphies ventilatoires en cas de place et d'appareillage disponible.

Devant la demande croissante et un allongement des délais de prise en charge en consultation et en hospitalisation pour exploration spécialisée il a été mise en place par le Docteur Maël Launay Neurologue spécialiste du sommeil, un questionnaire de dépistage des pathologies du sommeil , inspiré du questionnaire de dépistage des troubles du sommeil proposé par le réseau Morphée.

Ce questionnaire vise à orienter le somnologue avant la consultation initiale vers la pathologie du sommeil la plus probable présentée par le patient, afin de l'orienter au mieux vers le spécialiste du sommeil le plus à même de diagnostiquer et traiter sa pathologie. (À savoir le pneumologue le neurologue ou le psychiatre, sachant que ce dernier ne consultait pas sur le même site).

Ce questionnaire était transmis à tous les patients qui souhaitaient consulter pour la première fois pour une plainte relative à son sommeil, puis il était relu par l'un des spécialistes du sommeil (la plupart du temps le neurologue) consultant au laboratoire du sommeil du chu de Nice avant la prise du rendez-vous.

II-Etat des lieux des connaissances :

A)- Critères diagnostiques des diverses pathologies du sommeil :

En France , les études épidémiologiques concernant les troubles du sommeil rapportent des plaintes de troubles du sommeil dans les 8 derniers jours précédant l'enquête (toutes causes confondues), chez 46% des patients interrogés dans une population de patients de 16 à 65 ans , avec 33.7% qui déclaraient avoir « un peu » de problèmes de sommeil et 12,5 % en avoir « beaucoup ». Seuls 3.3% des patients de l'étude se déclaraient satisfaits de leur sommeil [1]

1)-Insomnie :

L'insomnie est considérée comme le plus fréquent des troubles du sommeil selon les études épidémiologiques réalisées en France il touche 12 millions de français soit 19% de la population générale.

Dans L'étude d'OHayon réalisée pour L'INVS en 2012, 15,8% des 15-85 ans déclaraient des symptômes suggérant une insomnie chronique, dont 19,3% de femmes et 11,9% d'hommes ($p<0,001$).

Quel que soit l'âge, les femmes étaient plus souvent insomniaques que les hommes.

L'écart se réduisait entre 26 et 54 ans, mais ces troubles survenaient 2 fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes avant 25 ans et après 55 ans. (Leger et al. ,2010)
[10][13]

Les consensus d'expert de l'**American** Academy of Sleep Medicine [21] définissent comme insomniaque un sujet rapportant une ou plusieurs des difficultés du sommeil suivantes :

- Troubles d'endormissement (insomnie d'endormissement).
- Troubles de maintien du sommeil (insomnie de maintien du sommeil).
- Réveil précoce (insomnie par réveil précoce).
- Sommeil non récupérateur ou de mauvaise qualité.

Ces difficultés surviennent au moins trois nuits par semaine, depuis au moins un mois, et ce malgré des habitudes et conditions adéquates pour le sommeil.

Avec au moins l'une des conséquences diurnes suivantes en relation avec ses difficultés de sommeil :

- Fatigue/malaise ;
- Troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire ;
- Troubles du fonctionnement social, professionnel ou mauvaises performances scolaires ;

- Troubles de l'humeur/irritabilité ;
- Somnolence diurne ;
- Réduction de la motivation de l'énergie ou de l'initiative ;
- Tendance aux erreurs/accidents au travail ou en conduisant ;
- Céphalées de tension ou malaise général en relation avec la perte de sommeil ;
- Préoccupations ou ruminations à propos du sommeil.

Il n'y pas de consensus pour définir les durées de sommeil permettant de séparer les bons dormeurs des insomniaques mais des indicateurs permettent d'estimer que :

L'insomnie d'endormissement, c'est mettre plus de 30 minutes pour s'endormir

L'insomnie de maintien du sommeil, c'est d'avoir un temps d'éveil intra sommeil d'au moins 30 minutes ou de se réveiller au moins deux fois par nuit avec des difficultés pour se rendormir.

L'insomnie par réveil précoce, c'est se réveiller au moins une heure avant l'heure choisie.

(Leger 2010)[10]

2)-Somnolence diurne excessive, hypersomnies centrales primaires :

La somnolence diurne excessive est un symptôme, il s'agit d'une difficulté ressentie par le patient à maintenir un seuil d'éveil souhaité et qui se manifeste par une propension anormale au sommeil pendant la journée, et se traduit par des endormissements involontaires, inappropriés, plus ou moins contrôlables.

En règle générale ce symptôme ne constitue un motif de consultation que lorsque cette somnolence est ressentie par le patient comme sévère, fréquente et chronique.

Pour caractériser la somnolence diurne excessive, il existe trois grades de sévérité : légère, modérée ou sévère.

Elle est dite sévère lorsqu'elle perturbe de manière importante la vie sociale, professionnelle ou les activités de la vie quotidienne du patient.

Sa fréquence est considérée comme élevée si elle survient au moins trois fois par semaine.

On se doit de préciser sa durée, pour déterminer si il s'agit d'une hyper somnolence diurne chronique(HSD), c'est-à-dire durant depuis plus d'un mois contrairement à une HSD aiguë qui peut être consécutive à une privation de sommeil. (Vecchierini et al 2010) [19].

Ce symptôme doit faire suspecter diverses pathologies du sommeil, le SAHOS que nous évoquerons par la suite et les hypersomnies centrales primaires dont nous allons faire état ci-après.

a)-Narcolepsie [20] :

Il s'agit d'un trouble du sommeil caractérisé par une somnolence diurne excessive associée à des attaques de sommeil irrésistible et de cataplexie (perte du tonus musculaire suite à des émotions fortes ou agréables)

Il existe trois formes cliniques décrites :

La narcolepsie avec cataplexie la narcolepsie sans cataplexie et une forme plus rare de cataplexie seule.

La Narcolepsie avec cataplexie possède un mécanisme physiopathologique clair, elle est due à l'absence ou le non-fonctionnement des neurones à Orexine/Hypocrétine de l'hypothalamus latéral. Une origine auto-immune est probable avec plus de 92% des patients porteurs du typage HLA DQB1*0602.

Le diagnostic est clinique quand les symptômes sont typiques bien que la cataplexie reste parfois difficile à affirmer.

Il est souvent nécessaire de réaliser une polysomnographie suivie de cinq tests itératifs de latence d'endormissement (TILE). Les TILE mettent en évidence une latence moyenne d'endormissement inférieure à 8 min avec au moins deux épisodes de sommeil paradoxal.

La prévalence de la Narcolepsie avec cataplexie est de 1/3 300 à 1/5 000 dans la population générale.

La maladie débute le plus souvent entre 10 et 30 ans, majoritairement dans la deuxième décade de la vie.

Le délai moyen entre l'âge d'apparition des symptômes et le diagnostic est d'environ 10 ans.

Des études suggèrent l'existence de formes familiales de narcolepsie avec 1.5 à 9.8% d'apparenté du premier et second degré ayant une narcolepsie selon les études.

Tétrade clinique [19] :

- Présence d'accès de sommeil diurnes invincibles, survenant à n'importe quel moment de la journée, d'une durée variable, souvent réparateurs, favorisés par des activités monotones.
- Avec une cataplexie : qui est un relâchement musculaire déclenché par des émotions (Rire, colère, surprise, etc...), il est total entraînant une chute ou partiel, localisé avec relâchement des genoux, de la nuque, des paupières, de la mâchoire, ou des bras).
- Et présence d'hallucinations hypnagogiques ou hypnopompiques, visuelles, auditives, ou somesthésiques.
- Paralysies du réveil
- Dysomnie nocturne avec éveils fréquents et cauchemars.

b)-Hypersomnie diurne idiopathique [19] :

Deux formes sont individualisées, avec augmentation et sans augmentation de la durée de sommeil nocturne.

Les critères diagnostiques sont moins précis que ceux de la narcolepsie.

Le diagnostic de l'hypersomnie idiopathique avec augmentation du temps de sommeil nocturne est souvent faite sur la clinique, l'hypersomnie idiopathique sans augmentation du temps de sommeil nocturne est un diagnostic d'exclusion.

Il n'existe pas d'étude épidémiologique pour cette maladie mais il semblerait que sa fréquence soit plus faible que celle de la narcolepsie (environ 10% du nombre de narcoleptique, soit un cas pour 10 narcoleptiques).

Son âge de début varie de l'enfance à la troisième décennie, on la retrouve typiquement dans la deuxième décennie ou avant 25 ans, il n'existe pas de ratio homme femme, et il existe des formes familiales.

La symptomatologie rencontrée est un Sommeil nocturne normal ou augmenté, une inertie de sommeil le matin au réveil avec :

- Des endormissements diurnes involontaires de durée variable, Souvent non réparateurs.

- Une sensation de somnolence diurne fréquente.

- on ne retrouve pas d'endormissement en sommeil paradoxal, ni d'autre signe clinique de narcolepsie.

- Il existe une forme proche de la narcolepsie avec des endormissements de brève durée et rafraîchissants, un sommeil nocturne de durée normale, et des Latences d'endormissement courtes aux Tests itératifs d'endormissement (TIE).

- Il existe des formes avec augmentation du temps de sommeil nocturne, des siestes longues et non rafraîchissantes, une ivresse du sommeil au réveil, les latences sont souvent normales aux TIE.

3)-Syndrome de Mouvement périodique des jambes au cours du sommeil [10] :

Tout d'abord il faut définir le Syndrome d'impatiences musculaires de l'éveil de l'adulte (SIME) :

Il s'agit d'impatiences (sensation d'inconfort, paresthésies, avec des sensations pénibles engendrant le besoin de bouger) situées au niveau de la jambe ou de la cheville **ET** qui surviennent au repos **ET** qui sont majorées la soirée ou la nuit **ET** qui sont calmées par un mouvement de la jambe.

On estime qu'environ 80% des patients se plaignant d'un syndrome d'impatience musculaire de l'éveil présentant un syndrome de mouvement périodique des jambes au cours du sommeil (SMPJ).

Epidémiologie :

La prévalence estimée du SIME se situe entre 7 % et 11 % de la population générale adulte.

Un SIME « cliniquement significatif » est retrouvé chez 2 %.

La prévalence des SMPJ en population générale est estimée à 6 %. Celle-ci est beaucoup plus élevée chez les sujets âgés.

Le diagnostic des SMPJ est un diagnostic polysomnographique.

Critères de scorage polysomnographique des mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil (SMPJ) :

Les critères suivants définissent un mouvement de jambe (MJ) :

- Durée minimale : 0,5 seconde.
- Durée maximale : 10 secondes.
- Amplitude minimale : augmentation de l'amplitude du signal EMG de $8\text{ }\mu\text{v}$ par rapport à l'activité EMG de repos.
- Le début du MJ est marqué par le moment où il existe une augmentation d'au moins $8\text{ }\mu\text{v}$ par rapport à l'activité EMG de repos.
- La fin du MJ est définie comme le début d'une période durant au moins 0,5 seconde pendant lequel l'activité EMG ne dépasse pas de $2\text{ }\mu\text{v}$ l'activité EMG de repos.

Les critères suivants définissent une série de mouvements périodiques des jambes (MPJ) :

- Le nombre minimal de mouvements consécutifs pour définir une série de MPJ est quatre Mouvements de jambes(MJ).
- L'intervalle minimal entre deux MJ (défini comme le temps entre le début de deux MJ consécutifs) pour que ceux-ci soient considérés comme périodiques est de 5 secondes.
- L'intervalle maximal entre deux MJ (défini comme le temps entre le début de deux MJ consécutifs) pour que ceux-ci soient considérés comme périodiques est de 90 secondes.

- Les MJ qui surviennent dans deux jambes, s'ils sont séparés par moins de 5 secondes (entre début du mouvement d'une jambe et début de mouvement de l'autre jambe), sont comptés comme un seul mouvement.

4)-Syndrome d'Apnées Hypopnées Obstructives du Sommeil de l'adulte (SAHOS) [23] :

La prévalence à l'échelle mondiale semble plutôt homogène d'après l'étude d'Escourrou et al de 2010 [6], il semblerait que l'on retrouve une prévalence du SAHOS entre 3 et 7% dans la population masculine et entre 2 et 5 % dans la population féminine.

Les facteurs de risque retrouvés sont :

L'obésité, avec une environ 60% des patients avec SAHOS porteurs d'une obésité ou d'une surcharge pondérale.

L'âge, avec une prévalence du SAHOS progressivement croissante avec l'âge.

Le genre : Homme > femme

L'ethnie et la morphologie cranio faciale : avec une prévalence du SAHOS dans les pays asiatique non inférieures à celle des pays caucasiens malgré une prévalence de l'obésité moins importante dans les pays asiatique

Il existerait aussi une augmentation de la prévalence du SAHOS chez les sujets afro-américains de moins de 25 ans.

Autres FDR : existence clinique de ronflements et pauses respiratoires détectées par l'entourage, hormonaux (acromégalie, grossesse, hypothyroïdie, polykystose ovarienne), hérédité, tabagisme, prise d'alcool.

Au-delà de l'hyper somnolence diurne dont le SAHOS est responsable il existe des répercussions importante en terme de santé et de sur-risque de morbi-mortalité et principalement cardio-vasculaire.

Le diagnostic du SAHOS se pose devant les arguments cliniques et polysomnographiques suivants :

Somnolence diurne excessive, ou au moins deux critères parmi les suivants :

- Des ronflements sévères et quotidiens.
- Des sensations d'étouffement ou de suffocation, des éveils répétés pendant le sommeil.
- Un sommeil non réparateur.
- Une fatigue diurne.
- Des difficultés de concentration.
- Une nycturie (plus d'une miction par nuit).

Et au moins 5 apnées ou Hyperpnées par heure de sommeil sur les enregistrements polysomnographiques.

La sévérité du SAHOS est définie par le nombre IAH (index apnée hypopnées) :

Léger : IAH entre 5 et 14/h

Modéré : IAH entre 15 et 29/h

Sévère : IAH à plus de 30/h

5)-Syndrome d'Apnées du Sommeil central [5] :

a)-Syndrome d'apnée centrale primaire (idiopathique)

Se définit par un arrêt respiratoire, c'est-à-dire une apnée sans effort respiratoire (tracés plat en polygraphie ventilatoire au niveau du capteur de pression nasale de la thermistance et des sangles thoraco-abdominales)

Sa prévalence dans la population générale est inconnue.

Les critères diagnostiques sont :

- La Survenue d'apnées sans effort respiratoire plus de 5 fois par heure de sommeil. (IAH >5)
- Chez un patient qui se plaint soit de somnolence diurne excessive (SDE), soit d'éveils fréquents ou d'insomnies, soit d'éveils avec sensation d'étouffement.
- Pas d'autre explication au trouble.

b)- La respiration périodique ou de Cheyne-Stoke :

Il s'agit de périodes récurrentes au cours du sommeil d'apnée ou hypopnée alternant avec des passages d'hyperpnée

Les critères diagnostiques sont :

- La polysomnographie objective au moins 10 apnées-hypopnées centrales par heure de sommeil avec le pattern caractéristique accompagné d'éveils fréquents ou de modification de la structure du sommeil.
- Bien que souvent rapportés : la SDE, les éveils nocturnes fréquents, la plainte d'insomnie ou des éveils avec étouffements ne sont pas nécessaires au diagnostic.
- Ce trouble survient en même temps qu'une comorbidité sévère : insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral ou insuffisance rénale.

Avec une prévalence dans les cas secondaires à un accident vasculaire cérébrale, d'environ 30% en phase aiguë de l'AVC, et avec diminution de la prévalence à distance de l'épisode aiguë.

La prévalence dans les cas secondaire à une insuffisance cardiaque serait de 20 à 60 %.

c)-Syndrome d'apnées centrales secondaires sans respiration périodique :

Le plus souvent liées à des lésions du tronc cérébral et parfois à une pathologie cardiaque ou rénale.

(Prévalence pour les cas secondaires à de l'insuffisance cardiaque environ 40%.)

Peuvent également être liées à la prise de drogue et ou d'opiacés

6)-Parasomnies :

a)-Parasomnies en Sommeil lent profond [14].

-Les Eveils confusionnels ou Ivresse du sommeil : Prévalence chez l'adultes : 4,2% (IC : 3,6-4,8%). Survient essentiellement chez l'enfant ou l'adulte jeune, c'est un éveil nocturne caractérisé par un état d'obnubilation avec parfois une désorientation temporo-spatiale, des comportements inadaptés. L'intensité de cet éveil confusionnel est plus importante s'il survient en début de nuit ; souvent le sujet n'en garde pas de souvenir.

-Le Somnambulisme : avec une prévalence chez l'adulte : 2,9 à 4,2% ((IC : 1,6-2,4%) :

Il est caractérisé par un éveil dissocié : le système moteur est actif et le système relationnel est en état de sommeil (le contact est quasi impossible et le sujet n'a aucun souvenir de l'épisode), Le diagnostic repose sur l'observation de l'épisode : le comportement est plus ou

moins adapté, mais ralenti, en général bien organisé, souvent accompagné d'une somniloquie. La durée de l'épisode est variable quelques secondes à minutes. Survient préférentiellement en début de nuit.

-Les Terreurs nocturnes : selon l'étude réalisée par Ohayon en 1999[14] la prévalence est de 2,2 % (IC : 1,8-2,6%), rare chez l'adulte elles touchent plutôt l'enfant, et se manifestent par un comportement de terreur, très impressionnant pour l'entourage, dont le patient ne garde aucun souvenir si on ne le réveille pas pendant l'épisode. Si on le réveille, son discours est en général pauvre : il est effrayé, mais ne sait pas expliquer pour quelle raison.

b)-Parasomnies en sommeil paradoxal.

-Les Trouble comportemental en sommeil paradoxal : concernent le plus souvent des hommes après 50 ans ; il s'agit d'une disparition de l'atonie musculaire physiologique contemporaine du sommeil paradoxal, les patients vivent et agissent leurs rêves avec risque de comportement complexes parfois violent pouvant s'avérer dangereux

-Le Status dissociatus (état de mal dissocié).

-Les Paralysie du sommeil isolées récurrentes : abolition transitoire du tonus musculaire avec impossibilité pour le patient de se mobiliser pendant plusieurs secondes.

-Les Cauchemars récurrents : il s'agit de rêves effrayants survenant de manière fréquente et récurrentes pouvant générer de l'anxiété avec difficulté de ré endormissement secondaire.

c)- Parasomnies en sommeil lent et paradoxal.

Avec les Troubles alimentaires du sommeil, les Sexsomnies, le Syndrome de recouvrement parasomniaque, l'Enurésie du sommeil.

B)- questionnaires de dépistages des troubles du sommeil existant et leur validité. [4].

a)Echelle de somnolence d'Epworth :

Il s'agit d'un questionnaire créé par Johns en 1991 contenant 8 items visant à rechercher une hyper somnolence diurne, avec un score allant de 0 à 3 par item avec un score global allant de 0 à 24. Il évalue la probabilité qu'un endormissement se produise au cours de diverses activités de la vie quotidienne .un score supérieur ou égal à 10 est évocateur d'hyper somnolence diurne.

Cette échelle est sensible pour détecter une somnolence excessive dans le syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil, la narcolepsie, l'hypersomnie idiopathique et le syndrome des jambes sans repos (Devine et coll., 2005) [25], et varie avec les traitements (stimulants, sédatifs, pression positive continue, orthèse d'avancée mandibulaire). Dans la narcolepsie,

pour un seuil supérieur à 10, l'échelle de somnolence d'Epworth a une sensibilité de 93,5 % et une spécificité de 100 % (Johns, 2000) [24].

Cette échelle comporte cependant plusieurs limites : elle n'évalue pas le risque d'endormissement en situation de conduite automobile ou dans d'autres situations actives où la somnolence peut être dangereuse (travail, conduite de machines) et involontaire ; le sujet, s'il n'y est pas exposé régulièrement doit s'imaginer dans une de ces situations; enfin, l'échelle est régulièrement surcotée par les patients dépressifs ou porteurs du syndrome de fatigue chronique, et sous-cotée par les sujets qui perçoivent mal leur endormissement, et qui sont donc potentiellement les plus dangereux au volant .(Merino-Andreu et coll., 2003).[12] [17] [25]

ÉCHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH

Date du jour :

Nom, prénom :

né(e) le :

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir (dans la journée) dans les situations suivantes ?

Cette question concerne votre mode vie habituel au cours des derniers mois. Au cas où une des situations ne s'est pas produite récemment, essayez d'imaginer comment vous réagiriez et quelles seraient vos chances d'assoupissement.

Utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation :

notez 0 = aucune chance de somnoler, c'est exclu. « Il ne m'arrive jamais de somnoler »

notez 1 = faible chance de s'endormir, ce n'est pas impossible « Il y a un petit risque »

notez 2 = chance modérée de s'endormir, c'est probable « Il pourrait m'arriver de somnoler »

notez 3 = forte chance de s'endormir, c'est systématique « Je somnolerais à chaque fois »

Situations	0	1	2	3
Assis(e) en train de lire	0	1	2	3
Devant la télévision ou au cinéma	0	1	2	3
Assis(e) inactif(ve) dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès ...)	0	1	2	3
Passager, depuis au moins une heure sans interruptions, d'une voiture ou d'un transport en commun (train, bus, avion, métro)	0	1	2	3
Allongé(e) pour vous reposer, lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
En position assise au cours d'une conversation (ou au téléphone)	0	1	2	3
Assis(e) à table au calme à la fin d'un repas sans alcool	0	1	2	3
Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage	0	1	2	3
TOTAL				

Résultats

Total (de 0 à 24) =

- En dessous de 8: vous n'avez pas de dette de sommeil.

- De 9 à 14: vous avez un déficit de sommeil, revoyez vos habitudes.

- Si le total est supérieur à 15: vous présentez des signes de somnolence diurne excessive. Consultez votre médecin pour déterminer si vous êtes atteint d'un trouble du sommeil. Si non, pensez à changer vos habitudes.

NB. Ce questionnaire aide à mesurer votre niveau général de somnolence, il n'établit pas un diagnostic.

Apportez le à votre médecin pour discuter avec lui des causes et des conséquences de ce handicap dans votre vie.

Johns MW (Sleep 1991; 14:540-5) «A new method for measuring day time sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale»

b) Questionnaire de Berlin :

Le questionnaire de Berlin, créé en avril 1996, lors de la première Conférence sur le sommeil organisée à Berlin.

Il s'agit d'un questionnaire composé de onze questions groupées en 3 catégories

La première catégorie comprend cinq questions concernant les ronflements, les apnées et la fréquence de survenue de ces événements.

La deuxième catégorie comprend 4 questions portant sur la somnolence diurne, avec une sous-question sur la somnolence au volant.

La troisième catégorie comprend deux questions concernant l'histoire de l'hypertension artérielle ($> 140/90$ Mm Hg) et l'IMC > 30 kg / m².

Les Catégories 1 et 2 sont considérées comme positives si il y avait au moins 2 réponses positives à chaque catégorie, tandis que la catégorie 3 est considérée comme positive avec une auto-évaluation de l'hypertension artérielle et / ou un IMC de > 30 kg / m².

Les patients sont considérés comme à «risque élevé» d'avoir un SAOS si le score est positif pour deux ou plusieurs des trois catégories.

Les patients avec moins de deux catégories positives sont à «faible risque» d'avoir un SAOS.

Il est le questionnaire le plus utilisé actuellement, bénéficiant de plusieurs études notamment celle de Tran Minh de 2012 [17] sur sa valeur dans le dépistage du SAOS. Sur les

sujets n'ayant pas de trouble du sommeil ce questionnaire a une sensibilité et une spécificité assez élevées, respectivement de 85,5% - 86% et 77% - 95,2%.

Questionnaire de Berlin

Taille (m) ____ Poids (kg) ____ Âge ____ Homme / Femme.

CATÉGORIE 1

1. Ronflez-vous?

☒ Oui . Non . Ne sais pas

2. Votre ronflement est :

☒ Légèrement plus fort que la respiration

☐ Fort comme la parole

☐ Plus fort que la parole

☐ S'entend d'une pièce voisine

3. Fréquence du ronflement

☒ Presque tous les jours . 3-4 fois/semaine

☐ 1-2 fois/semaine . 1-2 fois/mois

☐ Jamais

4. Votre ronflement gêne-t-il les autres?

☒ Oui . Non . Ne sais pas

5. A-t-on remarqué que vous arrêtez de respirer pendant votre sommeil?

☒ Presque tous les jours . 3-4 fois/semaine

☐ 1-2 fois/semaine . 1-2 fois/mois

☐ Jamais

CATÉGORIE 2

6. Etes-vous souvent fatigué après avoir dormi?

☒ Presque tous les jours . 3-4 fois/semaine

☐ 1-2 fois/semaine . 1-2 fois/mois

☐ Jamais

7. À l'état éveillé, vous sentez-vous fatigué?

☒ Presque tous les jours . 3-4 fois/semaine

☐ 1-2 fois/semaine . 1-2 fois/mois

☐ Jamais

8. Vous êtes-vous déjà assoupi en conduisant?

☒ Oui . Non

9. Avec quelle fréquence cela se produit-il?

☒ Presque tous les jours . 3-4 fois/semaine

☐ 1-2 fois/semaine . 1-2 fois/mois

☐ Jamais

CATÉGORIE 3

10. Êtes-vous hypertendu?

☐ Oui . Non . Ne sais pas

c)Les questionnaires STOP et STOP and BANG

Il s'agit d'un Questionnaire visant à rechercher et évaluer le risque de SAOS chez les populations pré-chirurgie Bariatrique.

S: Snoring

T: Tired

O: Observed apnea

P : Pressure : HTA ou tt HTA

B: BMI > 35 kg/m²

A: Age > 50 ans

N: Neck circumference > 40cm

G: Gender male

Le questionnaire STOP est considéré comme : positif s'il présente au moins 2 réponses positives.

Le questionnaire STOP-Bang est considéré comme positif s'il présente au moins 3 réponses positives.

La positivité de ces questionnaires estime les patients à « haut risque de SAOS »

La négativité de ces questionnaires estime les patients à « faible risque de SAOS »

Au final au cours de nos recherches Aucun des questionnaires validés utilisés en pratique courante n'évaluent les diverses versant de la pathologie du sommeil.

La plupart des questionnaires validés visent à rechercher une hyper somnolence diurne uniquement.

C)- dépistage de pathologies par questionnaire.

Dans bien des cas le dépistage de certaines pathologies en pratique clinique est chronophage. Devant une demande de consultation croissante et le manque de temps des praticiens, l'existence d'auto-questionnaire de dépistage ciblé validé peut s'avérer être une aide précieuse et permettre un gain de temps important pour la prise en charge du patient. Bien que ceci ne se substitue pas à l'examen clinique et l'interrogatoire, il peut permettre de mieux guider et orienter le clinicien dans sa prise en charge diagnostique.

Il a été montré dans certaines études (Fline-Barthes 2015) [7] que l'existence d'auto-questionnaires ciblés permet d'améliorer le dépistage de certaines pathologies, notamment les addictions, ou bien souvent le patient sous-estime sa consommation, et son degré d'addiction par peur du jugement de son médecin.

Cette amélioration du dépistage tient au fait que les questions sont posées de manière indirectes par le médecin par le biais du questionnaire le patient se sent donc moins soumis au jugement d'autrui.

D'autre part l'utilisation d'échelles ou /scores validés scientifiquement permettent d'orienter le diagnostic d'une manière plus certaine homogène et reproductible.

Le fait que ces échelles et questionnaires aient une pertinence clinique et une validation avec une reproductibilité fiable permet également d'homogénéiser et codifier la prise en charge diagnostique et la décision thérapeutique.

Le dépistage d'une pathologie par auto-questionnaire ciblé vise à simplifier, accélérer la prise en charge diagnostique et thérapeutique du patient.

Il est en revanche nécessaire que le praticien qui utilise ce type d'outil ait une bonne connaissance de la pathologie qu'il recherche ou dépiste.

D)- Application de questionnaires d'orientation diagnostique en pratique clinique courante :

Mes recherches documentaires ont été effectuées dans divers bases : PUBMED, cockrane library, science direct

Les mots clefs utilisés étaient : apnea, questionnaire, assesement, narcolepsia, sleep disorder, sleep disease, sleep disorder assesment.

Au cours des recherches concernant le sujet j'ai pu constater qu'il n'existait que très peu de publication concernant les méthodes de dépistage des troubles du sommeil en première intention , rares sont les centres qui utilisent ce type de méthode nous avons interrogé divers de nos confrères possédant des laboratoires de sommeil , aucun d'entre eux n'utilisaient de questionnaires multimodaux d'orientation visant à trier les patients en première intention , ceci est probablement en lien avec le fait qu'il s'agit de centres avec laboratoires du sommeil plus conséquent et avec un nombre de médecins spécialistes plus

important permettant une prise en charge des patient plus rapide avec des délais d'attente moins longs.

III-Matériel et méthode :

Description de l'étude :

Notre étude a été réalisée Au Laboratoire du sommeil du CHU de Nice Hôpital Pasteur sur une période s'étendant du 1 Octobre 2014 au 28 Février 2015.

Les données ont été recueillies de manière rétrospective.

Le dossier de chaque patient attendu en consultation sommeil sur les plages horaires dédiées à cet effet était consulté aux archives.

(NB : Au moment de l'étude le laboratoire du sommeil comportait sur place 3 médecins consultant spécialistes en pathologie du sommeil, 2 pneumologues et 1 neurologue.)

1)-Objectifs :

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'intérêt et la pertinence d'un questionnaire mis en place au chu de Nice en première ligne pour l'orientation en première intention des patients du CHU de NICE désirant une première consultation pour recherche de pathologie du sommeil

L'objectif secondaire de cette étude était de déterminer quelles questions étaient les plus pertinentes pour orienter un patient et suspecter un trouble du sommeil.

2)-Le questionnaire [Annexe 1]:

Le questionnaire utilisé a été élaboré par le Dr Maël Launay, inspiré du questionnaire de dépistage des troubles du sommeil utilisé par le réseau Morphée.

Ce questionnaire comportait 7 sous sections

Une section concernant l'identité du patient avec nom prénom date de naissance adresse e-mail numéro de téléphone, poids et taille.

Une section intitulée : *Quels troubles du sommeil présentez-vous ?* : Composée de 14 sous questions à réponses fermées.

5 questions reprenant certains items des critères de recherche de l'insomnie chronique selon l'American Academy of Sleep Medicine, International Classification of Sleep Disorders (ICSD).

Concernant les difficultés d'endormissements, les éveils nocturnes ou matinaux précoces, la somnolence excessive dans la journée, le sommeil décalé.

4 questions recherchant des arguments pour une parasomnie concernant l'agitation durant le sommeil, les cauchemars le somnambulisme, les paralysies du sommeil et les secousses des jambes.

2 questions recherchant d'arguments pour un syndrome d'apnée du sommeil : concernant les ronflements et les apnées constatées par l'entourage.

3 questions recherchant des arguments pour des mouvements périodiques des jambes : sensation de gêne dans les jambes, imposant de bouger, et soulagement par le mouvement de ces sensations.

Une section intitulée : *Décrivez en 3 lignes votre trouble du sommeil.*

Il s'agissait d'une question ouverte à rédiger par le patient.

Une section/ question unique fermée intitulée : *Conduisez-vous dans le cadre de votre travail ?*

Une section intitulée : *Evaluation de votre somnolence.* Recherchant une hyper somnolence diurne.

Utilisant l'Echelle de somnolence d'Epworth.

Une section intitulée : *Evaluation de la dépression.*

Recherchant une comorbidité dépressive, en utilisant le questionnaire QD2A de Pichot.

Il s'agit d'un questionnaire comportant 13 item, chaque item est représenté par une proposition simple avec réponse dichotomique : « vrai » ou « faux »

Le nombre de proposition à classées « vrai » varie de 0 à 13

Ce score est utilisé pour la détection des sujets dépressifs dans la population générale ou pour la détection entre les patient malade somatiques déprimés et non déprimés.

Spécificité et sensibilité du questionnaire : taux de détection 90.2% avec un seuil de détection de 6/7

Un score supérieur ou égal à 7 signe une Dépression franche. (Pichot 1984)[16]

Une section intitulée : *Evaluation de l'anxiété.*

Recherchant une comorbidité anxieuse, en utilisant l'échelle d'anxiété de Goldberg.

(Insérer questionnaire)

Il s'agit d'une échelle reprenant 9 items, avec une proposition simple avec réponse dichotomique « oui » ou « non ».

Un score supérieur ou égal à 6 signe une anxiété élevée

Et deux sections concernant les comorbidités et traitement du patient, à réponses ouvertes rédactionnelles. Intitulées :

Avez-vous d'autres problèmes de santé et quels médicaments prenez-vous actuellement ?

3)-Modalité de recueil et d'analyse des données :

La saisie des données du questionnaire et l'hypothèse diagnostique au terme de la consultation ont été réalisées sur EXCEL 2010.

Ont été recueilli l'âge le sexe le poids la taille du patient et son IMC calculé ; les données des questions fermées ont été recueillies, analysées et quantifiées.

Les données de certaines questions à réponse ouverte n'ont volontairement pas été exploitées d'autre ont été simplifiées comme les questions concernant les antécédents psychiatrique et cardio vasculaire ainsi que les traitements à visée psychiatrique et cardiovasculaire. Il était seulement stipulé leur présence ou absence afin de rendre les données exploitables et quantifiables.

Les données concernant les patients vus en consultation psychiatrique du sommeil en dehors du site n'ont pas pu être recueillies devant l'impossibilité de dissocier les patients consultants pour une trouble du sommeil des patients consultants pour une pathologie psychiatrique autre.

L'hypothèse diagnostique principale était relevée après lecture du compte rendu de consultation généré par le médecin spécialiste du sommeil ayant vu le patient en consultation.

La spécialité du médecin consultant était également recueillie (pneumologue ou neurologue)

Il était également recueilli si le problème concernant le patient était multidisciplinaire ou non (réponse binaire : oui ou non).

Les réponses à chaque question étaient également recueillies et chaque score était calculé.

Une analyse statistique a été réalisée sur les différents scores par un test du t de Student.

4)-Critères d'inclusion et de non inclusion des patients :

Tout Patient programmé en consultation sommeil au CHU de Nice entre Octobre 2014 et Février 2015

Patient non inclus :

Patient n'ayant pas répondu au questionnaire de sommeil au préalable, et patient non venu en consultation sommeil.

Au final sur 259 patients prévu en consultation sommeil d'Octobre 2014 à Février 2015 tout spécialiste du sommeil confondu.

222 se sont présentés en consultation

123 ont été inclus de la manière suivante

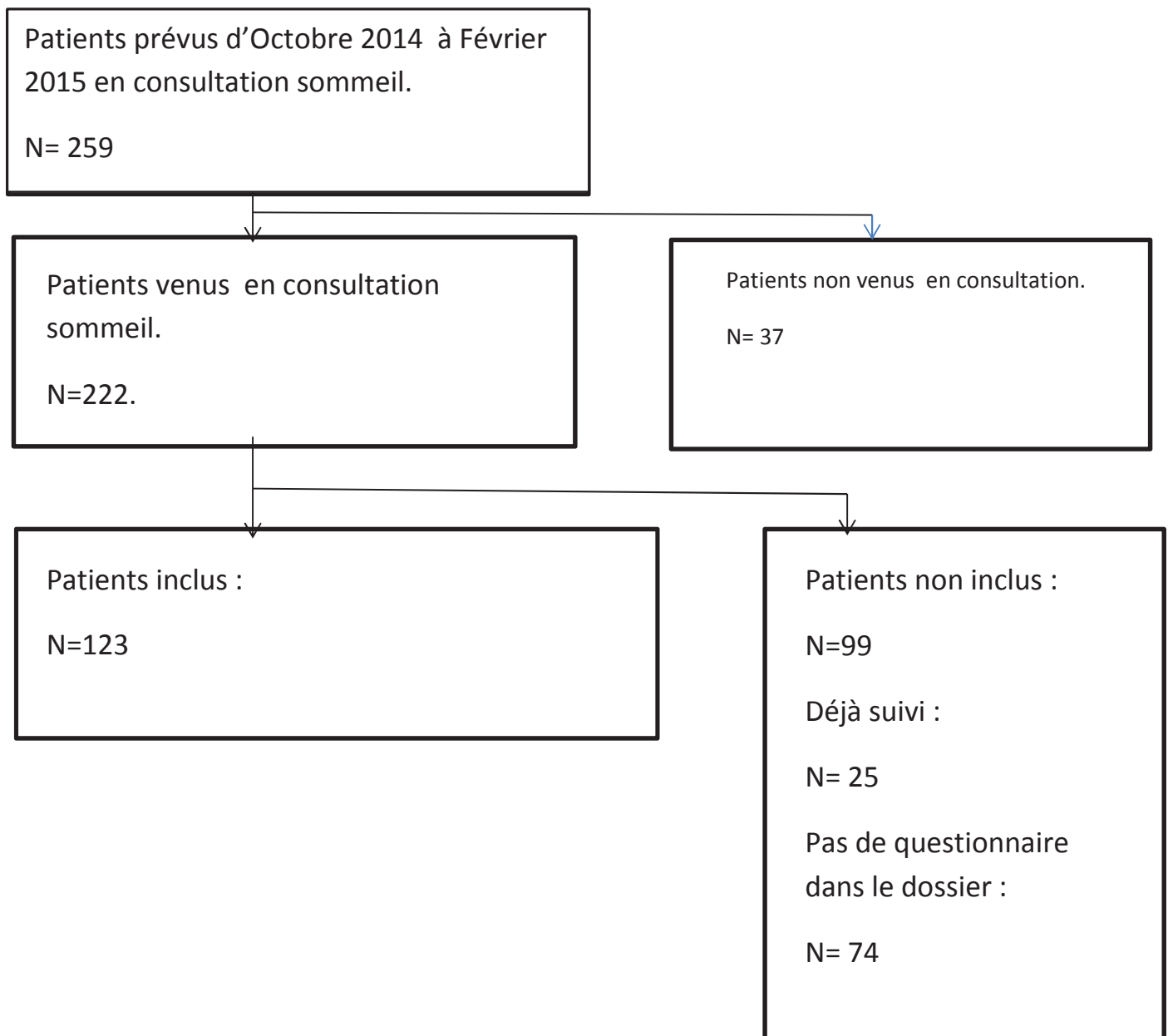
Le dossier médical de chaque patient attendu en consultation sommeil patient était consulté aux archives, et la présence du questionnaire recherchée. Les résultats du questionnaire étaient recueillis, une orientation hypothétique par la deuxième lecture était émise

Ensuite le compte rendu de consultation et/ou d'hospitalisation faisant suite au questionnaire était consulté et l'orientation diagnostique principale était relevée.

Critère d'exclusion : patient venue en consultation sommeil sans auto-questionnaire préalable, ou patient non venu en consultation sommeil.

Méthode d'orientation des patients en consultation sommeil, les questionnaires étaient lus par un sénior spécialiste du sommeil, et les patients orientés en première intention par ce biais.

Figure représentant les patients inclus et non inclus dans l'analyse.



IV-Résultats :

1)-Caractéristiques de la population.

a)-Nombre de sujet inclus dans l'étude :

Au total sur 259 patients devant être vu en consultation sommeil d'Octobre 2014 à Février 2015 : 123 sujets ont finalement été inclus dans notre étude.

En effet sur 259 patients 37 ne sont pas présentés en consultation suite à la réponse au questionnaire.

74 des patients programmés et vu en consultation sommeil n'avait jamais répondu au questionnaire car adressés par d'autres biais (courrier du médecin traitant , neurologue , patient suivi en pneumologie pour d'autres troubles respiratoires ou patient vu sur une plage de consultation sommeil sans problème en rapport devant manque de place sur autres plannings de consultation.)

25 étaient déjà suivis avant la mise en place du questionnaire de sommeil et n'y avaient donc jamais répondu.

b)-Population de l'étude :

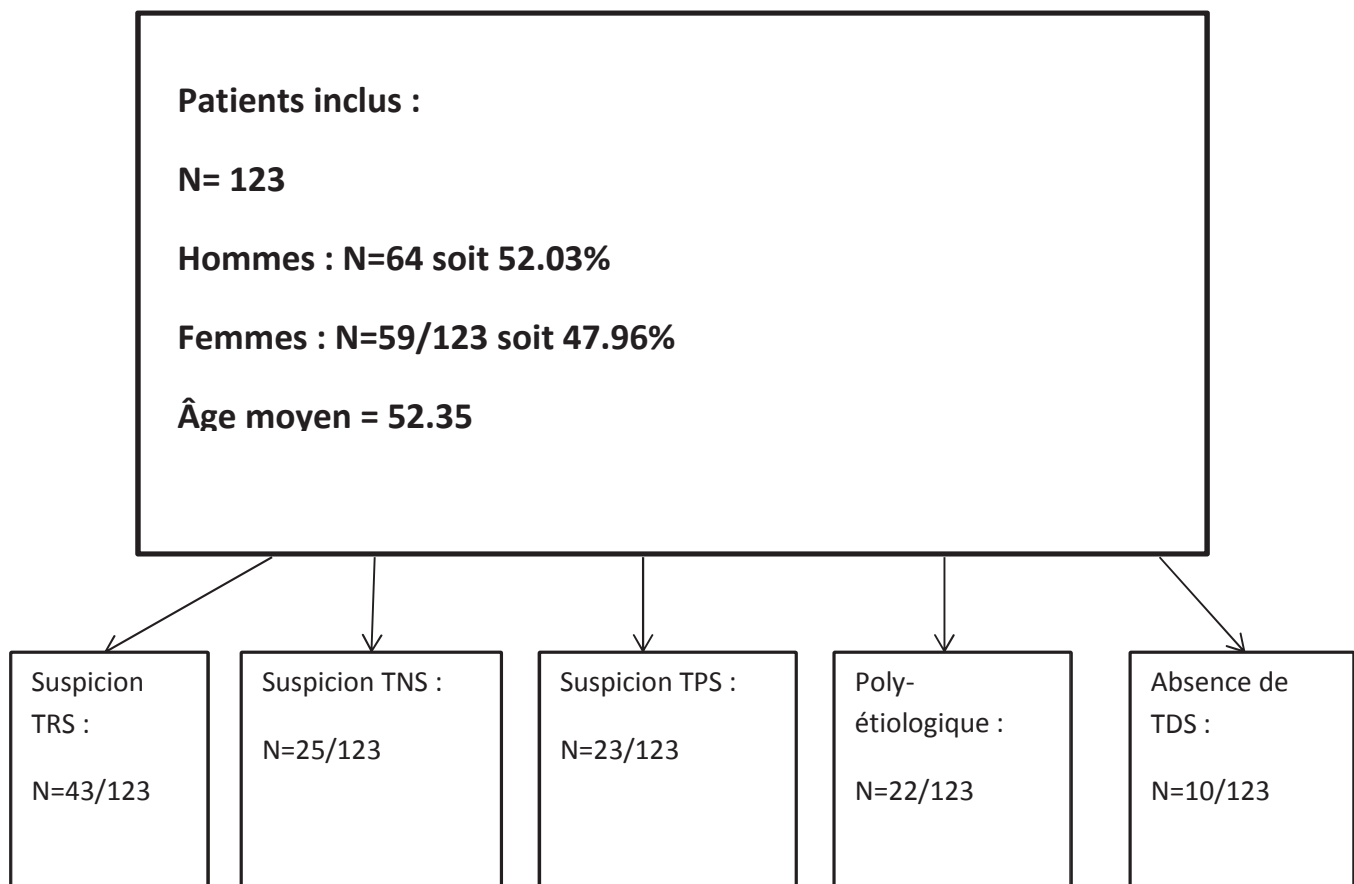
Au final 123 patients ont été inclus dans cette analyse avec 47.96% de femme (59 /123)

Et 52.03% d'hommes (64/123).

Leur âge moyen était de 52.35

Leur IMC moyen était de 26.11

Diagramme de flux 1 représentant la population incluse dans l'étude :



2)-Analyse statistique des données : (tableau de synthèse en annexe 2.)

a)-Taux de bonne orientation avec questionnaire :

Au final sur 123 patients inclus :

-65.11%(28/43) des patients présentant une forte présomption de trouble respiratoire à l'issue de la première consultation avaient été orientés vers un pneumologue spécialiste du sommeil.

-91.30% (21/23) des patients présentant une forte présomption de trouble du sommeil d'origine psychiatrique à l'issue de la première consultation avaient été orientés vers un neurologue ou psychiatre spécialiste du sommeil.

-100%(25/25) des patients présentant une forte présomption de trouble neurologique (25/123) du sommeil à l'issue de la première consultation avaient été orientés vers un neurologue spécialiste du sommeil.

-100% des patients présentant un trouble du sommeil poly factoriel (22/123) avaient été orientés vers un spécialiste du sommeil

-10 patients sur 123 soit 8.13% des patients avaient été orienté à tort en consultation sommeil et ne présentait pas de trouble du sommeil véritable le questionnaire n'avait pas permis de conclure à l'absence d'un trouble du sommeil

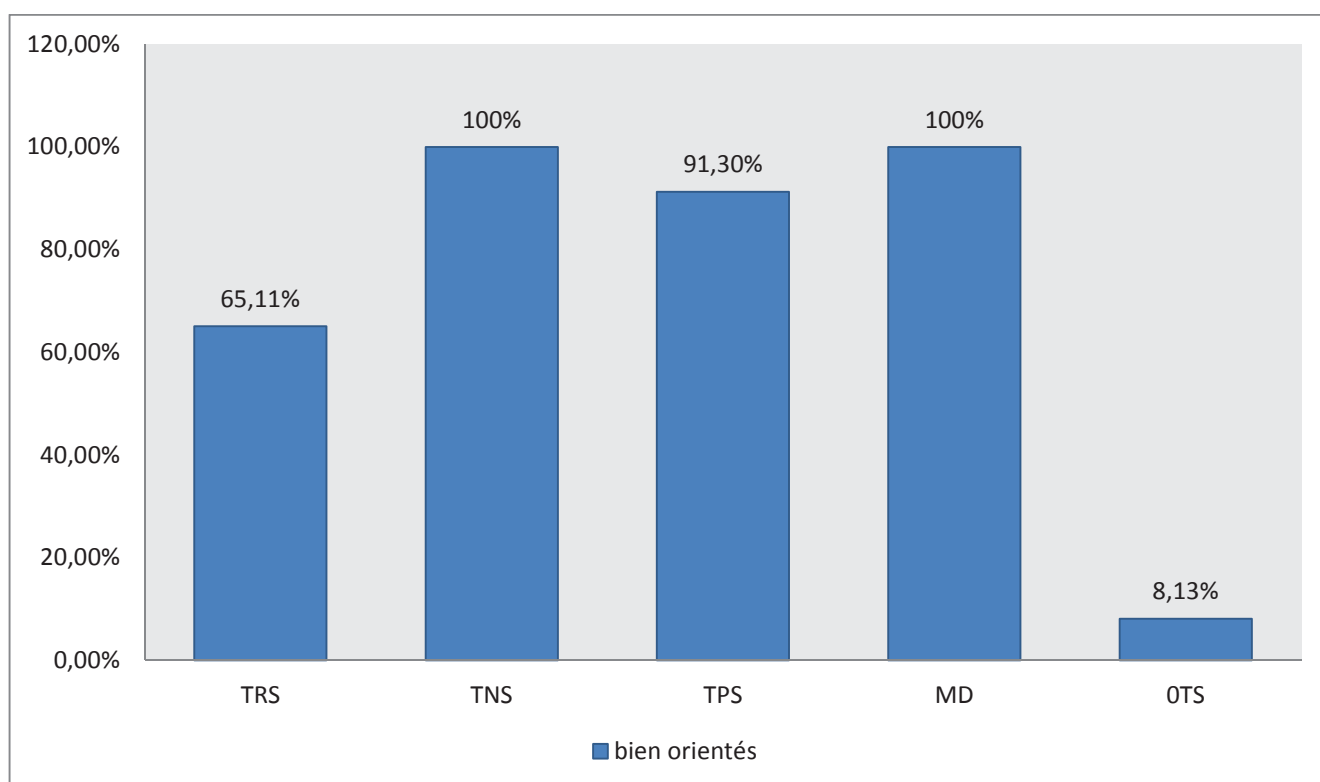


Diagramme représentant le taux de bonne Orientation des patients après lecture du questionnaire.

TRS : Trouble respiratoire du sommeil-TNS : Trouble neurologique du sommeil-TPS : Trouble psychiatrique du sommeil -MD : pathologie du sommeil relevant d'une prise en charge multidisciplinaire-OTS : absence de trouble du sommeil NB : 8.13% des patients avaient été orienté à tort.

Concernant le taux de bonne orientation des patients en consultation sommeil nous avons comparé la spécialité du médecin receveur et la conclusion diagnostique du compte rendu de consultation. Pour savoir l'orientation initiale correspondait avec le diagnostic final.

b)-Sexe :

Sur 123 patients présentant une suspicion de trouble du sommeil : 59 étaient des femmes, et 64 étaient des hommes soit respectivement 47.9% et 52.03%.

-Parmi les 43 patients présentant un trouble respiratoire du sommeil il y avait 30 hommes soit 69.76% et 13 femmes soit 30.23%.

-Parmi les 25 patients présentant un trouble neurologique du sommeil il y avait 11 hommes soit 44% et 14 femmes soit 56%.

-Parmi les 23 patients présentant un trouble psychiatrique du sommeil il y avait 8 hommes soit 34.7 % et 15 femmes soit 65.2 %.

-Parmi les 22 patients présentant un trouble du sommeil poly-factoriel il y avait 11hommes soit 50% et 11 femmes soit 50%.

-Parmi les 10 patients ayant consulté à tort pour une pathologie du sommeil il y avait 6 femmes et 4 hommes soit 60 et 40 % respectivement.

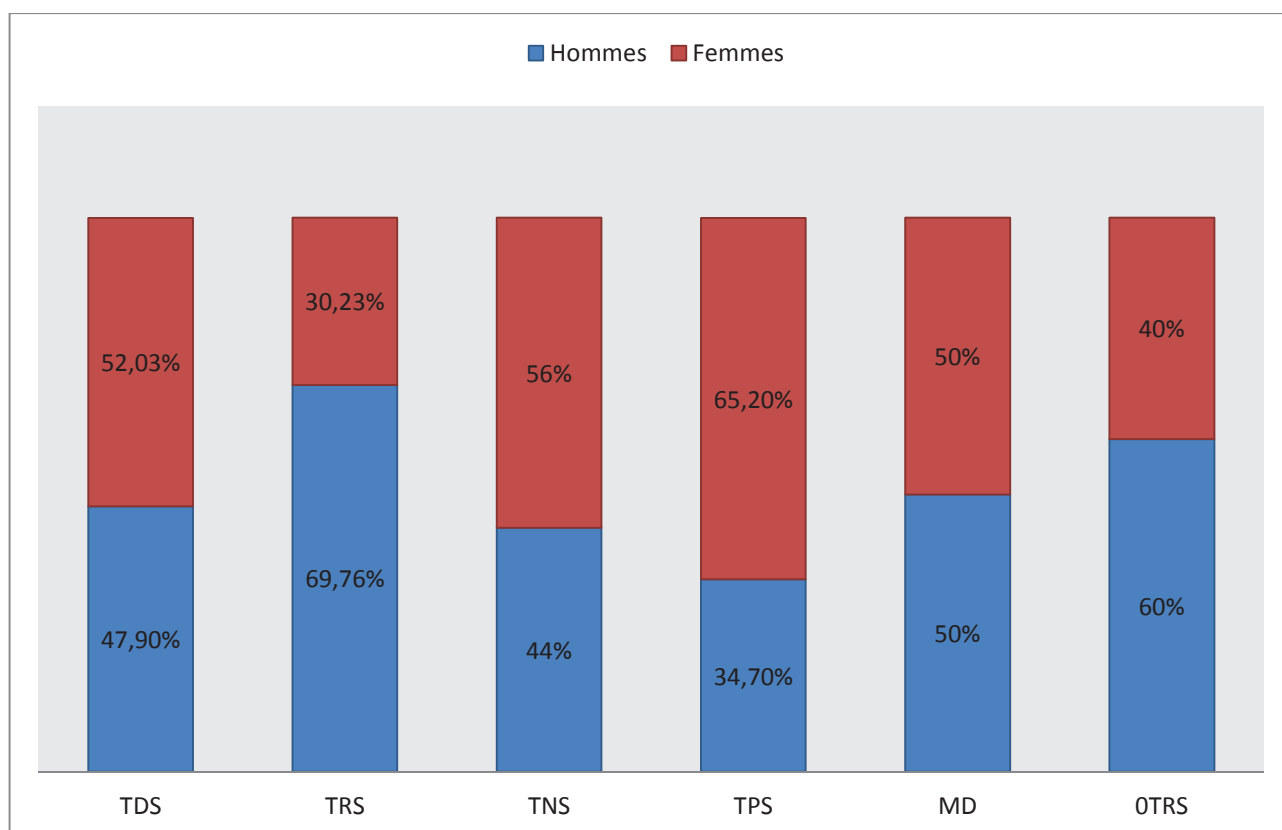


Figure représentant la répartition hommes femmes chez les patients présentant une suspicion de trouble du sommeil et en fonction du trouble suspecté.

TDS : trouble du sommeil-TRS : trouble respiratoire du sommeil-TNS : trouble neurologique du sommeil-TPS : trouble psychiatrique du sommeil-MD : trouble du sommeil poly étiologique-OTRS : absence de trouble du sommeil.

c)-Age moyen des patients consultant pour une pathologie du sommeil :

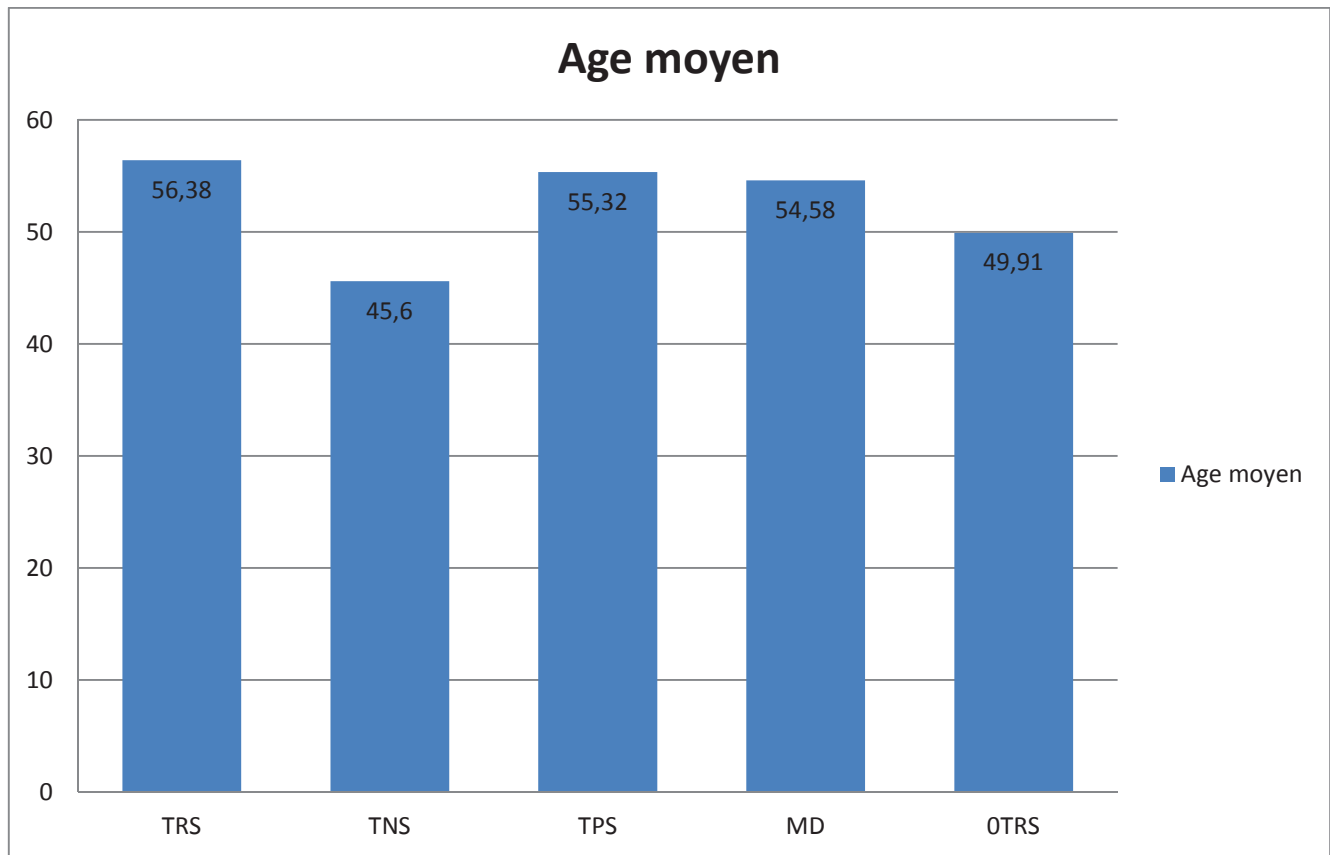


Diagramme représentant l'âge moyen des patients en fonction de la pathologie du sommeil suspectée.

TRS : Trouble respiratoire du sommeil-TNS : Trouble neurologique du sommeil-TPS : Trouble psychiatrique du sommeil -MD : pathologie du sommeil relevant d'une prise en charge multidisciplinaire-OTS : absence de trouble du sommeil

d)-Indice de Masse Corporel (IMC) Moyen des sous population consultant pour un trouble du sommeil :

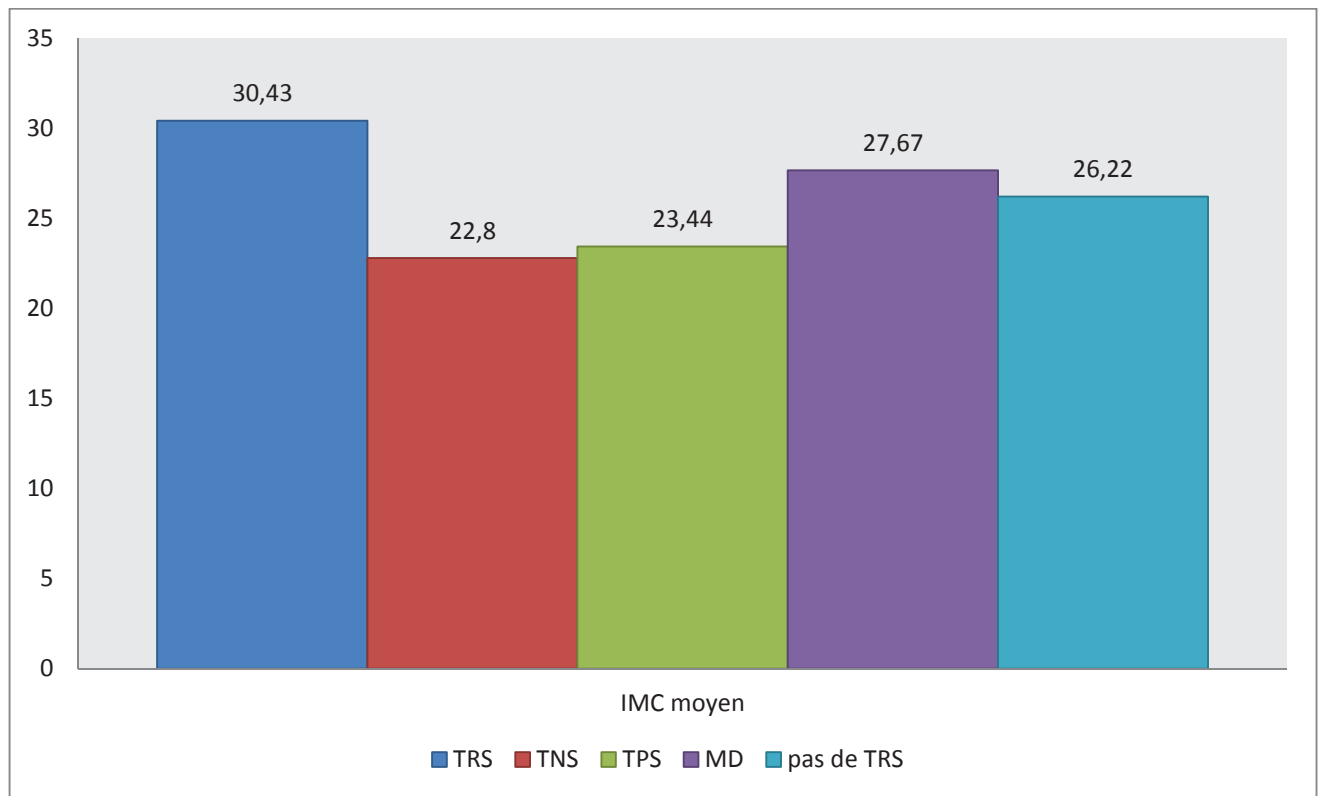


Diagramme représentant l'IMC moyen des patients en fonction du trouble du sommeil suspecté.

TRS : Trouble respiratoire du sommeil-TNS : Trouble neurologique du sommeil-TPS : Trouble psychiatrique du sommeil -MD : pathologie du sommeil relevant d'une prise en charge multidisciplinaire-OTS : absence de trouble du sommeil

La sous population présentant un IMC le plus élevé est celle des patients présentant un trouble respiratoire du sommeil avec un IMC moyen à 30 .43, donc obèses (IMC>30).

Les patients présentant un trouble neurologique ou psychiatrique du sommeil présentaient un IMC normal (IMC entre 18 et 25), respectivement 22.8 et 23.44.

Les patients présentant un trouble du sommeil multi-étiologique et ceux ne présentant pas de Trouble du sommeil étaient en surpoids (IMC > 25), respectivement 27.67 et 26.22.

e)-Score d'EPWORTH moyen :

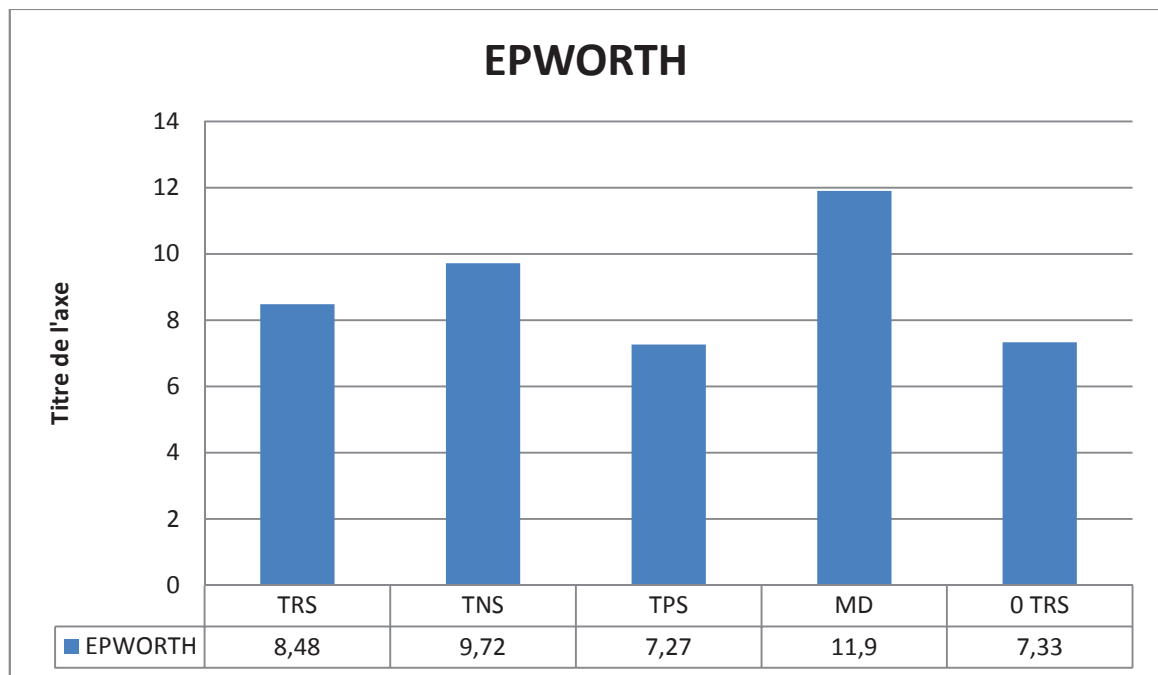


Diagramme représentant les scores d'Epworth moyens en fonction du type de pathologie du sommeil suspectée.

TRS : Trouble respiratoire du sommeil-TNS : Trouble neurologique du sommeil-TPS : Trouble psychiatrique du sommeil -MD : pathologie du sommeil relevant d'une prise en charge multidisciplinaire-OTS : absence de trouble du sommeil

Seuls les patients porteurs de troubles du sommeil multi- un score à l'échelle d'Epworth supérieur à 10 en faveur d'une hypersomnolence diurne, avec une moyenne à 11.9

Les patients dont la symptomatologie était évocatrice d'un trouble du sommeil d'origine neurologique avaient un score à 9.72. Les patients avec un trouble du sommeil d'origine respiratoire avaient un score moyen à 8.48 ceux avec un trouble du sommeil d'origine psychiatrique avaient un score moyen à 7.27 et ceux qui ne présentaient pas de trouble du sommeil avaient un score moyen à 7.33.

**f)-Score moyen à l'échelle de d'anxiété de GOLDBERG et à l'Echelle
dépression de PICHOT :**

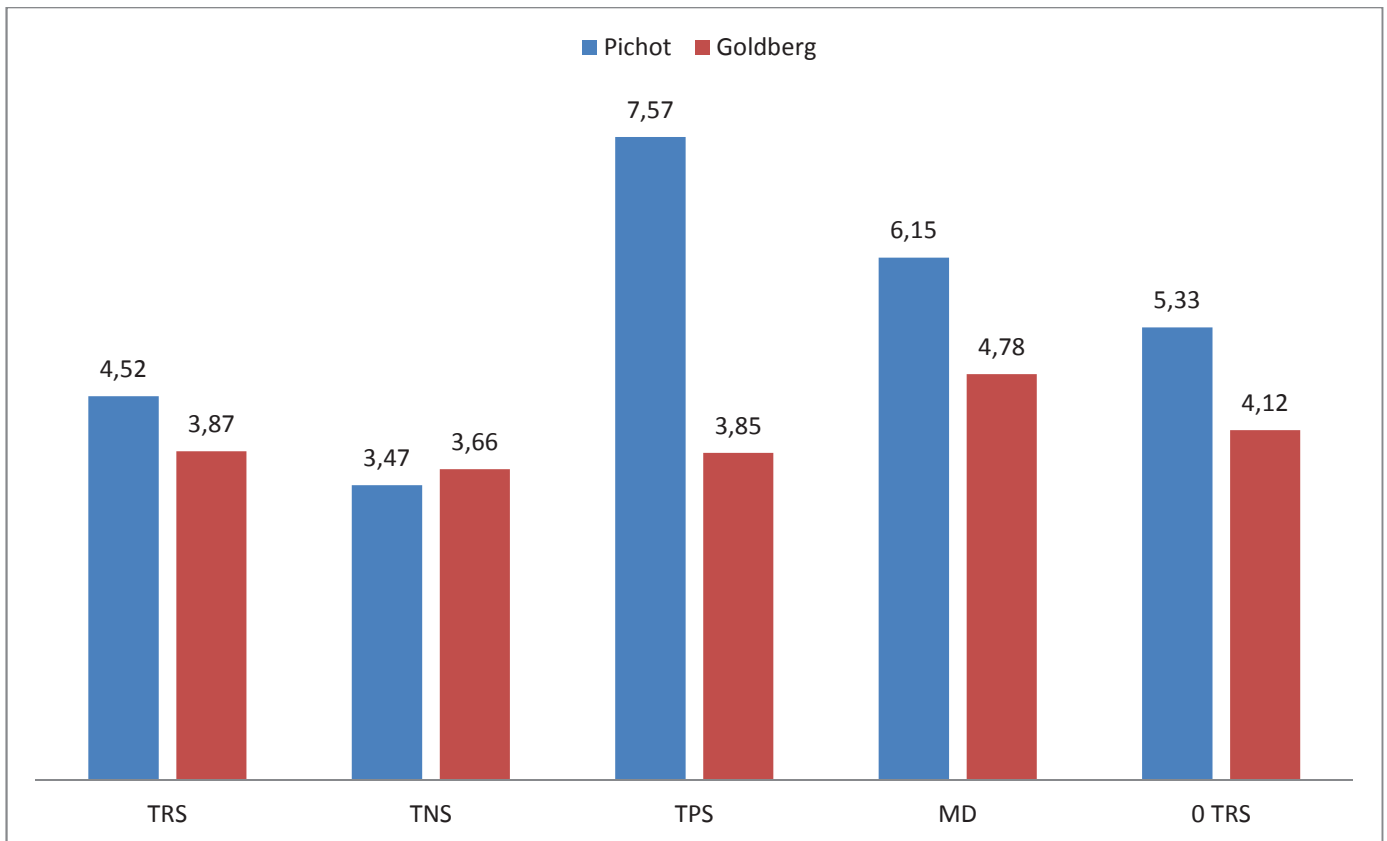


Diagramme représentant les scores de dépression de Pichot et d'anxiété de Goldberg en fonction du type de pathologie du sommeil suspectée.

TRS : Trouble respiratoire du sommeil-TNS : Trouble neurologique du sommeil-TPS : Trouble psychiatrique du sommeil -MD : pathologie du sommeil relevant d'une prise en charge multidisciplinaire-OTS : absence de trouble du sommeil.

g)-Questions explorant les troubles du sommeil :

1)-Insomnie :

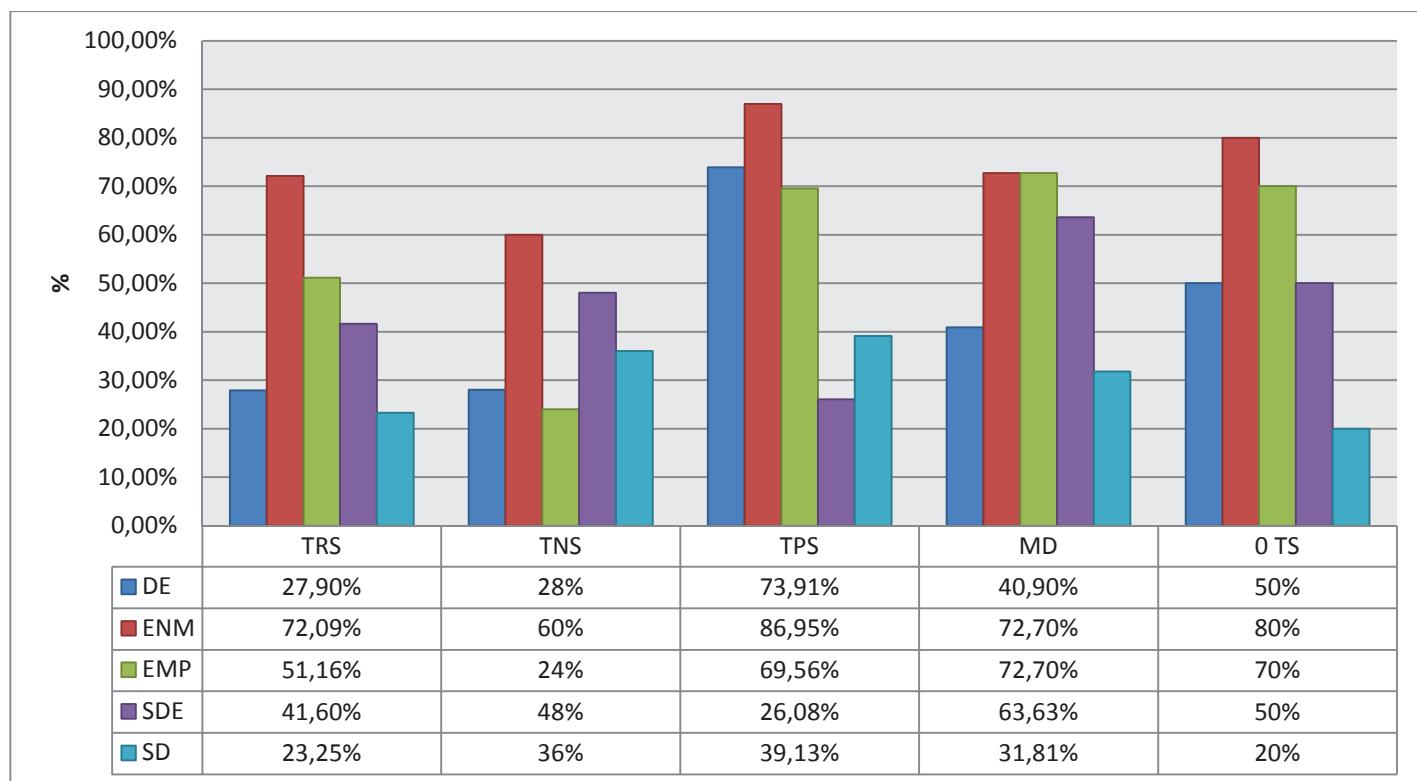


Diagramme représentant les proportions de symptômes pouvant évoquer une insomnie, perçus par le patient en fonction du type de pathologie du sommeil suspectée.

TRS : Trouble respiratoire du sommeil-TNS : Trouble neurologique du sommeil-TPS : Trouble psychiatrique du sommeil -MD : pathologie du sommeil relevant d'une prise en charge multidisciplinaire-OTS : absence de trouble du sommeil

DE : difficultés d'endormissement.-ENM : éveils nocturnes multiples.-EMP : éveil matinal précoce.-SDE : somnolence diurne excessive.-SD : sommeil décalé.

Si l'on observe les divers symptômes décrits pouvant être évocateurs d'insomnie on se rend compte que la plainte concernant les difficultés d'endormissements prédominait chez les patients porteurs d'un trouble psychiatrique du sommeil (73%) , puis chez les patients qui ne

présentaient finalement pas de trouble du sommeil avéré (50%) et puis chez les patients avec un trouble du sommeil poly-étiologique (40%)

Concernant la déclaration d'éveils nocturnes multiples, ce symptôme était plus fréquemment déclaré par les patients porteur d'un trouble du sommeil d'origine psychiatrique avec un taux de 86.8%, et le moins déclaré par les patients par les patients porteur d'un trouble neurologique du sommeil avec un taux à 60%.

Les patients porteurs : d'un trouble du sommeil poly-étiologique, les patients non porteurs de trouble du sommeil et les patients porteurs de troubles psychiatriques du sommeil, décrivaient plus d'éveils matinaux précoces que les deux autres catégories de trouble du sommeil. Respectivement 72.7%, 70% et 69.9% contre 31.5% pour les troubles respiratoires du sommeil et 24% pour les troubles neurologiques du sommeil.

La notion de sommeil décalé était retrouvé dans des proportions proches dans chaque sous population. (20 à 39% de sommeil décalé)

La plainte concernant une somnolence diurne excessive était plus fréquemment retrouvée chez les patients avec un trouble respiratoire du sommeil (41.6%), les patients avec un trouble du sommeil poly-étiologique (63.3%) et les patients sans véritable trouble du sommeil (50%).

2)-Parasomnies :

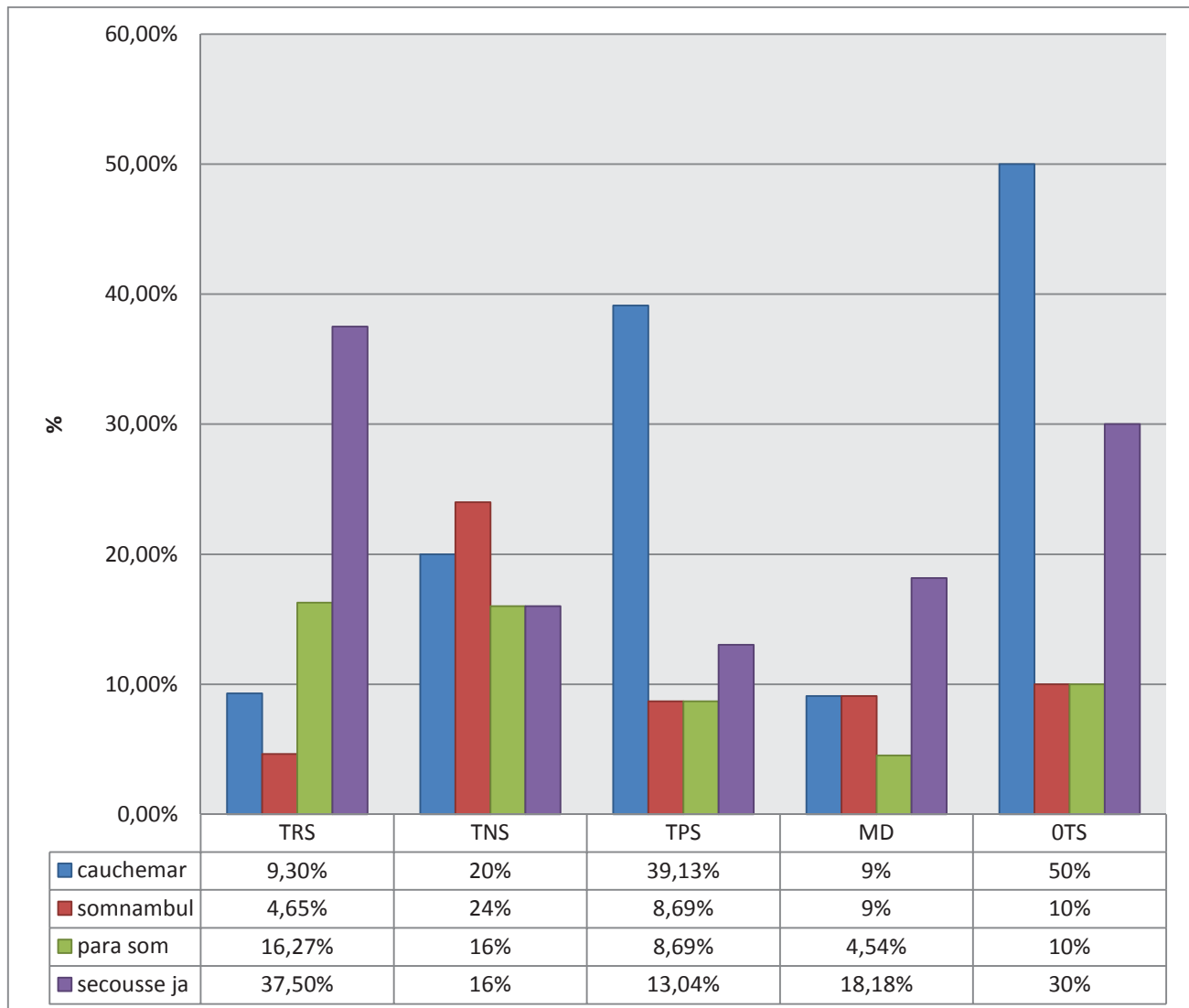


Diagramme représentant la proportion de symptômes évoquant une parasomnie en fonction du trouble du sommeil suspecté.

TRS : Trouble respiratoire du sommeil-TNS : Trouble neurologique du sommeil-TPS : Trouble psychiatrique du sommeil -MD : pathologie du sommeil relevant d'une prise en charge multidisciplinaire-OTS : absence de trouble du sommeil

1) Cauchemars,2) Somnambulisme,3) Paralysies du sommeil,4) Secousses dans les jambes

Si l'on compare les différents sous-groupes de trouble du sommeil on notera que la catégorie de trouble du sommeil regroupant le plus de symptômes positifs en faveur d'une parasomnie sont les troubles neurologiques du sommeil avec 20% de cauchemar, 24% de somnambulisme, 16% de parasomnies, et 18% de secousse dans les jambes.

h)-Questions recherchant des symptômes évocateurs de SAHOS : (Présence de ronflement et apnées.) :

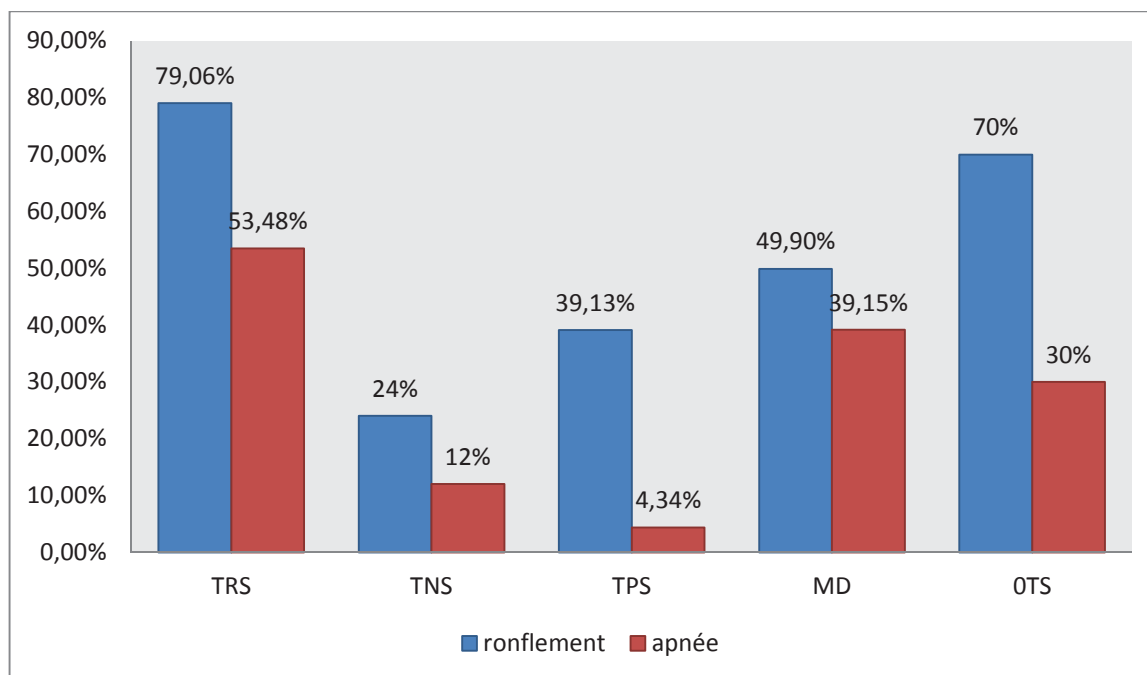


Diagramme représentant la proportion des symptômes apnées et ronflements perçus par les patients ou leur entourage en fonction du type de pathologie suspectée.

TRS : Trouble respiratoire du sommeil, TNS : Trouble neurologique du sommeil, TPS : Trouble psychiatrique du sommeil, MD : pathologie du sommeil relevant d'une prise en charge multidisciplinaire, OTS : absence de trouble du sommeil

Apnée : apnées décrites par l'entourage, Ronflement : existence de ronflements

Si l'on compare les différents groupes on note une plus forte proportion de ronflements et apnées décrite par l'entourage chez les patients présentant une suspicion de troubles respiratoires du sommeil (79%et 53.5%) , ainsi que chez les patients présentant un trouble du sommeil multi-étiologique(50 et 39%) ,il existe aussi un part importante de ronflement décrit par les patients adressé à tort pour une pathologie du sommeil (70%).

i)-Questions explorant les symptômes évocateurs de Maladie des jambes sans repos :

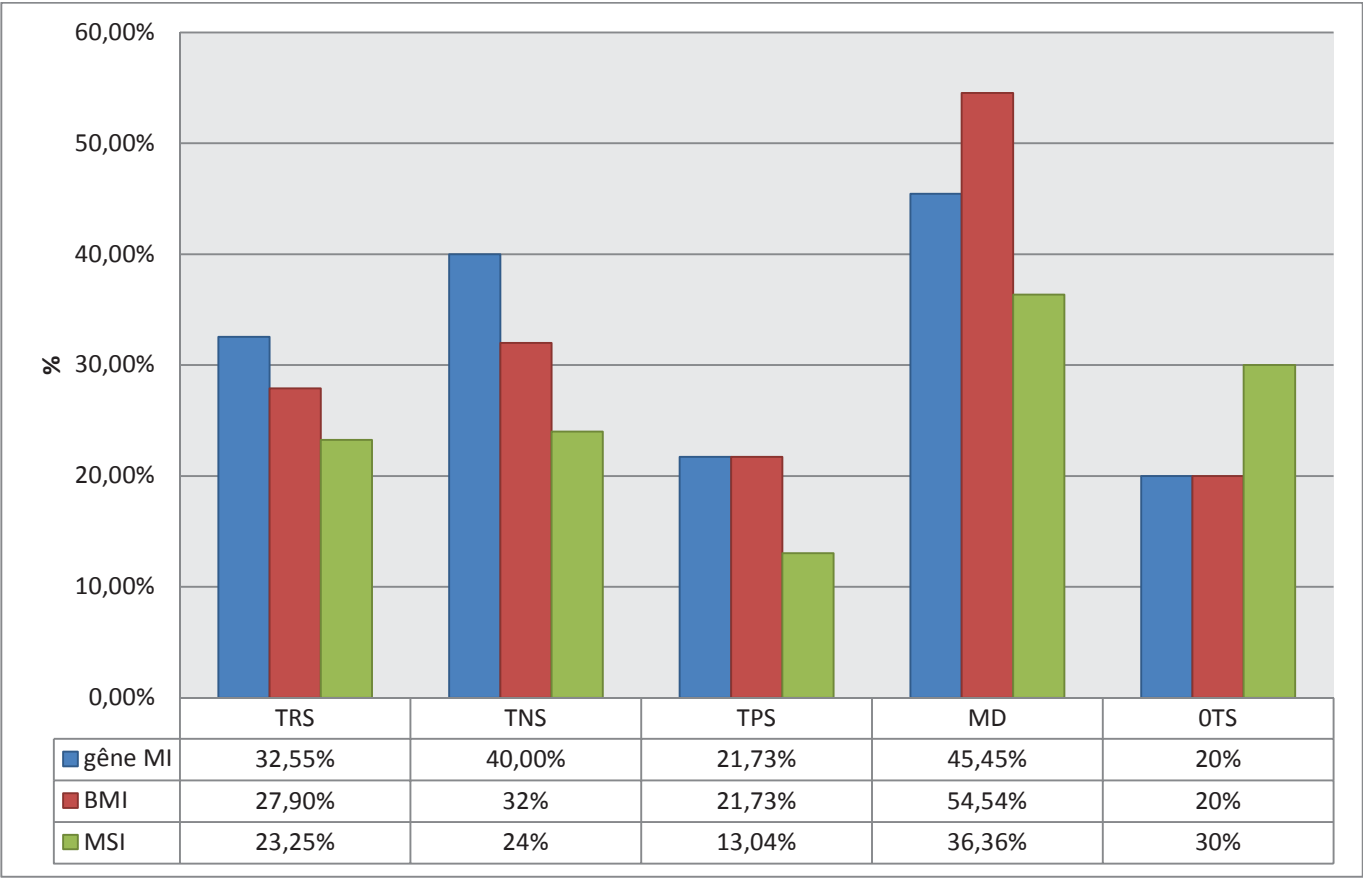


Diagramme représentant les proportions de symptômes ressentis en fonction du sous-groupe de population :

TRS : Trouble respiratoire du sommeil-TNS : Trouble neurologique du sommeil-TPS : Trouble psychiatrique du sommeil -MD : pathologie du sommeil relevant d’une prise en charge multidisciplinaire-OTS : absence de trouble du sommeil-Gêne MI : sensation de gêne des membres inférieurs-BMI : sensation de gêne imposant un mouvement des membres inférieurs -MSI : mouvement soulagent ces sensations de gêne.

Les deux populations qui présentaient le plus grand nombre de symptômes positifs en faveur d’une maladie des jambes sans repos étaient les troubles neurologiques du sommeil et les patients porteurs d’un trouble du sommeil multi-étiologique.

j)-Questions concernant les comorbidités :

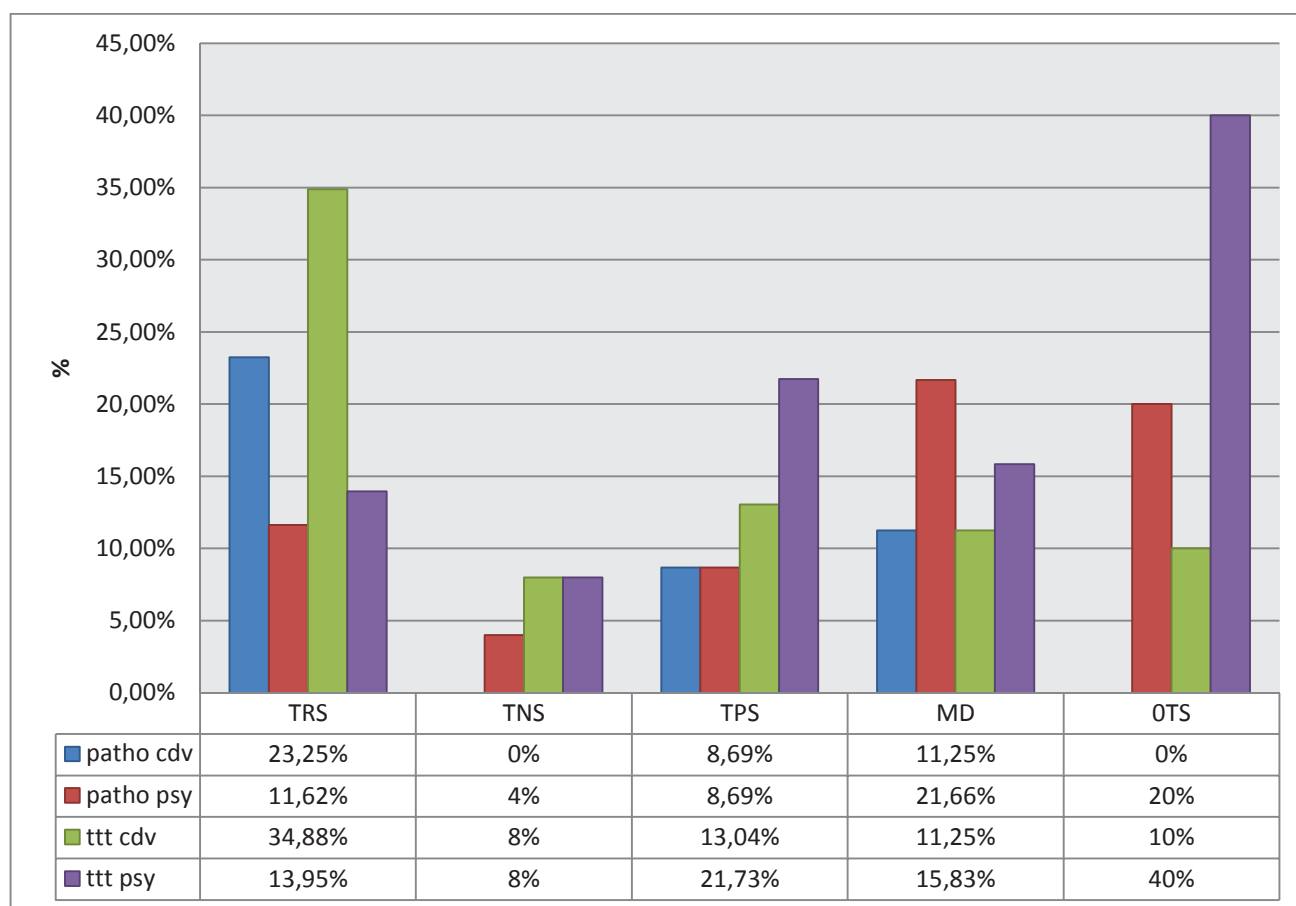


Diagramme représentant les comorbidités et traitements des patients en fonction du trouble du sommeil suspecté.

TRS : Trouble respiratoire du sommeil.-TNS : Trouble neurologique du sommeil. TPS : Trouble psychiatrique du sommeil. MD : pathologie du sommeil relevant d'une prise en charge multidisciplinaire.-OTS : absence de trouble du sommeil.-Patho CDV : pathologie cardio-vasculaire-Patho psy : pathologie psychiatrique.-Ttt CDV : traitement à visée cardio-vasculaire.-Ttt psy : traitement à visée psychiatrique.

La population qui déclarait le plus de comorbidité cardiovasculaire et de prise de traitement à visée cardiovasculaire était la population de patient présentant un trouble respiratoire du sommeil avec 23.25% de pathologie cardio-vasculaire et 34.88% de traitement à visée cardio-vasculaire.

La population qui décrivait le plus de comorbidité psychiatrique était la population de patients présentant un trouble du sommeil d'origine multidisciplinaire (21.6%) des patients n'ayant pas de réel trouble du sommeil (20%)

Pour ce qui était des traitements psychotropes, la population ne présentant pas de trouble du sommeil déclarait pour 40%, la prise de ce type de traitement suivi par les patients porteur d'un trouble du sommeil d'origine psychiatrique (21.73%).

V-Discussion :

1)- Le taux de bonne orientation :

Au cours de cette étude l'orientation en consultation sommeil a été réalisée par un neurologue spécialiste du sommeil. Pouvant expliquer le 100% d'orientation appropriée en consultation sommeil et le taux de bonne orientation de 91.30% en consultation psychiatrique du sommeil, ce qui peut également expliquer le taux de bonne orientation vers le pneumologue spécialiste du sommeil un peu moins élevé à 65.11%.

La plupart des patients présentant une suspicion diagnostique de trouble du sommeil d'origine psychiatrique ont été vu par le neurologue spécialiste du sommeil faute de place en consultation psychiatrique du sommeil.

Se pose alors la question de la sensibilité du questionnaire et de sa reproductibilité d'un spécialiste à l'autre, il aurait fallu dans ce cas pouvoir comparer les orientations de deux voire plusieurs spécialistes différents. Afin d'étudier sa reproductibilité entre les divers spécialistes du sommeil.

2)-Sexe :

Si l'on compare les différents groupes de pathologie du sommeil, on note des sexe- ratios hommes femmes s'apparentant à ceux constatés dans la population générale,

A savoir un sexe ratio de 2 hommes pour une femme concernant les troubles respiratoires du sommeil et un sexe ratio en faveur des femmes pour les troubles psychiatrique du sommeil et neurologiques du sommeil et plus particulièrement les insomnies.

A noter qu'après 65 ans que ce soit pour les troubles respiratoires du sommeil ou pour les troubles psychiatriques du sommeil le sex-ratio s'équilibre.

3)-IMC moyen des patients en fonction du trouble du sommeil suspecté :

Si on compare les différents groupes : la sous population présentant un IMC le plus élevé est celui des patients présentant un trouble respiratoire du sommeil avec un IMC moyen > 30 , donc obèse, il s'agit d'un facteur prédisposant aux troubles respiratoires du sommeil et plus particulièrement au Syndrome d'apnée obstructive du sommeil. Ce qui correspond bien aux données connues de la littérature.

Les patients présentant un trouble neurologique ou psychiatrique du sommeil présentaient un IMC normal. Les patients présentant un trouble du sommeil multi-étiologique et ceux ne présentant pas de Trouble du sommeil étaient en surcharge pondérale.

Le fait que l'IMC moyen soit plus élevé, avec un IMC en faveur d'une obésité chez les patients porteurs de troubles respiratoires du sommeil n'était pas statistiquement significatif ($p > 0.09$) du fait d'une faible puissance statistique de cette étude, (les sous-groupes étaient d'effectifs trop petits et hétérogènes) mais semblait malgré tout indiquer une tendance.

4)-Scores à l'échelle de somnolence d'Epworth :

Alors que le score d'Epworth est le plus souvent utilisé pour le dépistage de l'hyper somnolence diurne dans le cadre du syndrome d'apnée obstructive du sommeil, on s'aperçoit que sur les 123

patients étudié, la sous population présentant un score d'Epworth supérieur à 10 en faveur d'une hyper somnolence diurne, était celle des troubles du sommeil poly-étiologiques ce questionnaire permet de dépister une hyper somnolence diurne mais ne permet pas de présager de son étiologie, avec une différence de score comparée aux autres groupes statistiquement significative ($p > 0.03$).

On notera que la sensibilité et la spécificité de ce test est respectivement de 93% et 100% si le score est supérieur à 10. (Étude de Johns 2000.)

Ce qui laisse penser que dans notre étude le score d'Epworth ne permet pas à lui seul d'orienter le diagnostic d'un trouble du sommeil et ne permet pas d'éliminer complètement une hypersomnolence diurne.

5)-Scores moyens à l'échelle de d'anxiété de GOLDBERG et à l'Echelle dépression de PICHOT :

Le score moyen de l'Echelle d'anxiété de Goldberg pour chaque sous-groupe présentant un trouble du sommeil qu'il soit d'origine pneumologique, neurologique ou psychiatrique était toujours en de ça du seuil de significativité pour le dépistage de la symptomatologie anxieuse c'est-à-dire constamment inférieur à 6. Les variations de score observées entre les différents sous-groupes n'étaient pas statistiquement significatives ($p > 0.4$)

On peut donc se dire que la présence de score dans le questionnaire n'a pas de valeur d'orientation étiologique pour le spécialiste référent du sommeil.

Concernant l'échelle de dépression de Pichot (QD2A) , pour chaque sous-groupe ayant répondu aux questionnaires préalable à la consultation sommeil, le score de l'échelle de dépistage de dépression de Pichot était constamment en de ça du seuil de significativité pour évoquer une symptomatologie dépressive sauf pour les patients avec une symptomatologie évocatrice de troubles psychiatrique du sommeil avec un score moyen à 7.5 mais les différences de scores observée entre les groupes étaient non significatives ($p>0.3$) mais pourraient indiquer une tendance. Ce qui permettrait de dire qu'un score de Pichot élevé serait susceptible d'orienter vers un trouble du sommeil d'origine psychiatrique.

6)-Symptômes évocateurs d'insomnie :

Si l'on observe les divers symptômes décrit pouvant être évocateurs d'insomnie on se rend compte que du fait de leur fréquence au sein des divers sous population, et notamment la sous population qui ne présentaient pas de trouble du sommeil avéré chaque symptôme pris un à un ne constitue pas à lui tout seul un argument en faveur d'une insomnie chronique.

7)- symptômes évocateurs de Parasomnies :

On pût remarquer dans les résultats que les symptômes évocateurs de Parasomnies étaient tous plus fréquemment déclarés patient porteur d'un trouble neurologique du sommeil (taux supérieur à 16% pour chaque symptôme) ce qui nous amène à dire que chaque symptôme ne peut être analysé de manière isolé pour ce type de pathologie puisque aucun n'est réellement spécifique, il s'agit d'un faisceau d'arguments.

En effet On notera que les patients présentant un trouble respiratoire du sommeil décrivent pour la grande majorité des sursauts dans les jambes que l'on peut volontiers alléguer aux éveils en sursaut lors des sensations d'étouffement, au cours du SAOS

On distingue également deux sous population déclarant une proportion importante de cauchemars, il s'agit des patients présentant des troubles psychiatriques du sommeil et les patients ne présentant pas de troubles du sommeil, ce qui suggère que les comorbidités anxio-dépressives favorisent les cauchemars, on avait considéré précédemment compte tenue des scores de Pichot et Goldberg obtenus que les patients qui avaient été orientés à tort en consultation sommeil étaient des patients avec une forte propension aux comorbidités anxio-dépressive.

8)-Symptômes évocateurs de SAOS :

On sait que le ronflement est un symptôme courant, bruyant qui amène fréquemment à consulter, ne serait-ce que par les désagréments qu'il apporte à l'entourage sans que pour autant, il n'y ait de véritable pathologie du sommeil associée. Selon l'étude sur le ronflement habituel de D.Teculescu de 2007 [18] la prévalence du ronflement dans la population générale masculine est de 34.6% ce qui peut expliquer la forte proportion de patient présentant ce symptôme dans les différents sous-groupes.

On explique de la même façon la plus forte proportion de ronflement chez les patients suspect de TRS en effet dans cette même étude il est décrit que la présence d'un antécédent de SAOS diagnostiqué était retrouvé chez 7.4 % des patients ronfleur (Odd ratio à 12). (Etude de D.Teculescu)[18]

9)- les symptômes évocateurs de Maladie des jambes sans repos :

Lorsqu'on observe les différents groupes de population on constate qu'il existe une importante proportion de patient alléguant des symptômes pouvant évoquer un syndrome de jambes sans repos tout groupe confondus, on peut expliquer ça par le fait que les questions évoquent des symptômes peu sensibles et peu spécifiques et peuvent potentiellement orienter à donner une réponse positive erronée , si on ne précise pas la fréquence, l'intensité la périodicité la durée et le moment de survenue de ces symptômes , et que seul un faisceau d'arguments cliniques et polysomnographiques qui permettra de poser le diagnostic, par ailleurs.

10) -Comorbidités :

Si l'on observe les différents groupes :

Le groupes des pathologies respiratoire du sommeil présente la plus forte proportion de patient avec comorbidités cardio-vasculaire et de traitements à visée cardio-vasculaires , ceci tient vraisemblablement au fait que d'une part les pathologies respiratoires sont responsables de complication cardio-vasculaire d'autre part la population présente un indice de masse corporel plus élevé et l'âge moyen était plus âgé que les autres sous population .

D'autre part certaines études et notamment le rapport du Pr Jondeau de 2006 [26] concernant les conséquences cardiologiques des troubles du sommeil rédigé à la demande du ministère de la Santé en 2005, décrivent la présence d'une HTA chez 50% des patients porteurs d'un SAOS et là La prévalence du SAOS chez les coronariens serait de 30 à 37%.

Raisonnement inverse pour les troubles neurologiques du sommeil : il s'agissait de patients plus jeunes, avec un indice de masse corporelle plus bas, il n'est pas décrit d'augmentation des comorbidités cardio-vasculaire avec les pathologies neurologiques du sommeil.

Concernant les comorbidités psychiatrique le rapport rédigée en 2005 à la demande du ministère de la santé par le professeur Olié et le Docteur Viot-Blanc et concernant les troubles psychiatrique associés aux troubles du sommeil montre que 30 à 50 % des insomnies sont associées ou secondaires à des troubles anxiodépressifs, et 30 % des patients apnéiques et des patients narcoleptiques souffrent des troubles de l'humeur.

On peut également noter : l'existence d'une différence entre la proportion de pathologie cardio-vasculaire déclarée et la prise de traitement en relation avec ce type de pathologie, de même pour les comorbidités psychiatriques.

On considère que ceci tient au fait que les patients considèrent la pathologie inexistante une fois traitée, notamment pour l'hypertension artérielle.

Ou par exemple la prise d'anxiolytique en cas d'anxiété ne constitue pas pour le patient une pathologie à proprement parler.

11)-Points forts du questionnaire :

La mise en place de ce questionnaire permet une orientation initiale du patient rapide avec sélection globalement adaptée du spécialiste du sommeil le plus approprié à la prise en charge de sa pathologie .

La prise en charge initiale est de ce fait plus rapide, quand on sait que les délais de consultation dans notre centre peuvent être relativement longs, selon les spécialistes.

Il s'avère également être une aide à la consultation initiale permettant d'orienter plus rapidement le clinicien et de cibler les problèmes rencontrés, et la symptomatologie présentée par le patient , l'échelle de somnolence d'Epworth contenue dans le questionnaire ,qui est un des scores indispensable à réaliser dans tout dépistage de trouble du sommeil est déjà remplie au préalable et calculée au moment de l'orientation ce qui simplifie et s'avère être un gain de temps pour la consultation .

Le questionnaire permet aussi de réduire le délai de consultation en cas d'urgence de dépistage et de prioriser le patient en fonction de la symptomatologie , et du fait qu'il conduise ou non dans le cadre de son travail (l' exploration en urgence est nécessaire car si il présente une véritable hyper somnolence diurne, il est nécessaire d'une part , d'informer le patient quant au risque de la conduite dans ce contexte ,et d'autre part d'explorer et traiter plus rapidement le patient pour limiter sa durée d'arrêt de travail en cas de conduite dans le cadre professionnel (conducteur professionnel principalement) .

Il peut également permettre au patient de mieux cerner sa symptomatologie et l'aider à exprimer son ressenti , Il faut cependant garder en tête que toutes les réponses pré-formulées peuvent bien entendu à leur tour orienter les réponses du patient , il faut donc savoir rester critique avec les réponses données .

12)-Points faibles du questionnaire :

L'orientation des patients en consultation sommeil après lecture du questionnaire était réalisée quasi uniquement par le neurologue spécialiste concepteur de ce questionnaire , ce qui peut expliquer un meilleur taux d'orientation pour les patients présentant des troubles neurologiques ou psychiatriques du sommeil respectivement 100% et 91.3% de bonne orientation, par rapport aux troubles respiratoires du sommeil avec 65.11% de bonne orientation, ce qui reste malgré tout un taux de bonne orientation très satisfaisant. Ce qui incite à dire que l'interprétation des réponses reste subjective et opérateur dépendant. Et donc plutôt destiné à des médecins spécialistes du sommeil.

Par ailleurs la plupart des patients présentant une présomption de trouble psychiatrique du sommeil ont volontairement été vu en première intention par un neurologue spécialiste du sommeil compte tenu d'un plateau technique insuffisant , au moment de l'étude il ne restait plus qu'un psychiatre spécialiste référent en trouble du sommeil consultant sur le CHU de Nice avec un planning de consultations saturé avec peu de plages disponibles réservées au troubles du sommeil .

Cependant si l'on regarde le nombre de patient orienté à raison pour un diagnostic de trouble du sommeil psychiatrique, 91.7% des patient étaient bien orientés.

Autre difficulté que nous avons rencontré, il existait un fort Taux de non réponse aux questions ouvertes (rédactionnelles) concernant la description en trois lignes du trouble du sommeil, concernant les traitements et antécédents médicaux.

Il existait également un taux de non réponse relativement important aux questions fermées (« cocher la case oui ou non »). Vraisemblablement par oubli, et par manque de lisibilité des questions qui se succèdent.

D'autre part devant des difficultés de compréhension des questions de la part des patients et principalement au sujet des questions concernant un dépistage d'une maladie périodique des jambes du fait d'une certaine redondance de ces questions.

Sur près de 90% des questions ouvertes concernant la description du trouble du sommeil présentée en 3 lignes, les patients n'avaient pas répondu on peut donc se poser la question de la suppression de cette question mais paradoxalement le peu de questionnaires qui contenaient une question avec réponses rédigées par le patient permettaient de rattraper et d'améliorer l'orientation diagnostic.

Autres problèmes rencontrés lors de l'administration du questionnaire au patient :

Délais d'envoi et de retour relativement long, par divers voies mail, courrier, fax

Par fax, lisibilité parfois médiocre, perte de données, certaines pages du questionnaire non transmises.

Disparition des questionnaires du dossier avant la consultation, donc certains questionnaires n'ont jamais été retrouvés au moment de la consultation.

13)-Solutions proposées pour améliorer ou simplifier le questionnaire :

Simplification des questions concernant les pathologies cardio-vasculaires et traitement psychiatrique par des questions fermées :

- Etes-vous porteur d'une pathologie cardio-vasculaire ?
- Avez-vous déjà présenté : une dépression, des troubles anxieux, une pathologie d'ordre psychiatrique ?
- Prenez-vous des traitements pour le cœur, la tension ou pour fluidifier le sang ?
- prenez-vous des traitements pour dormir, des anxiolytiques ou anti dépresseurs ?
- ajouter question du type : pensez-vous présenter des troubles du sommeil oui non

Rattrapage de l'orientation si réponse aux questions ouvertes.

Etoffer les questions concernant la symptomatologie évocatrice d'un syndrome d'apnée du sommeil, avec des questions concernant la nycturie et les céphalées matinales, du type « présentez-vous des maux de tête au réveil ? » « Si oui, rarement de temps en temps souvent. »

« Vous levez-vous pour uriner la nuit » « si oui combien de fois une fois deux fois plus de deux fois ? »

Eventuellement ajouter un questionnaire de Berlin qui fait partie des questionnaires de référence de dépistage des syndromes d'apnée du sommeil.

Simplifier le questionnaire en supprimant le score de Pichot et Goldberg. Peu de valeur d'orientation vers l'Etiologie du trouble du sommeil au vu des faibles différences constatées entre les divers groupes. Sauf pour les patients orientés à tort.

Maintenir la question concernant la conduite au travail car bien que celle-ci n'ait pas de valeur d'orientation diagnostique elle permet de prioriser les patients pour les consultations.

VI-Conclusion :

Ce questionnaire constitue un bon outil d'orientation diagnostique du fait de sa multi-modalité et d'une exploration de la symptomatologie des troubles du sommeil relativement large, sans pour autant devenir trop complexe pour les patients, avec des questions claires et dichotomiques.

Cependant ce questionnaire ne se substitue pas à l'interrogatoire, à l'examen clinique et aux explorations spécialisées pour poser le diagnostic final.

Il permet en revanche un gain de temps et une priorisation des patients en termes de délais de prise en charge diagnostique et thérapeutique, en limitant les erreurs d'orientation.

Il faut néanmoins garder en tête que ce questionnaire ne peut être utilisé pour orienter les patients que par un spécialiste du sommeil, et que les questions sont laissées à la libre interprétation du spécialiste.

Dans ce contexte il présente une valeur d'orientation satisfaisante, mais avec une probable grande variabilité d'un spécialiste du sommeil à l'autre, avec prépondérance des orientations diagnostiques des patients vers la spécialité de référence du médecin lecteur.

Il serait donc intéressant de réaliser avec ce questionnaire, une étude prospective comparant l'orientation donnée par les divers spécialistes en fonction de leurs spécialités.

Il est également important de noter que toutes les populations spécialistes pouvant être amenés à explorer des troubles du sommeil et pouvant effectuer un dépistage de première ligne, n'étaient pas représentés dans cette étude, à savoir les médecins généralistes les cardiologues les endocrinologues, et les ORL.

VII-Références bibliographiques :

- [1]. F.Beck, C.Léon S.Pin-Le Corre, D.Léger : Troubles du sommeil caractéristiques sociodémographiques et comorbidité anxio-dépressive .Etude (Baromètres Santé INPES) chez 14734 adultes en France.c. Revue Neurologique Volume 165, n° 11 pages 933-942 (novembre 2009) .
- [2]. François Beck, Jean-Baptiste Richard, Damien Léger.Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France.
- [3]. Devine EB, Hakim Z, Green J. (2005) A systematic review of patient-reported outcome instruments measuring sleep dysfunction in adults. Pharmacoeconomics, 23, 889-912.
- [4]. Iman Hassan El-Sayed: Comparison of four sleep questionnaires for screening obstructive sleep apnea ,Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis :Volume 61, Issue 4October 2012, Pages 433–441
- [5]. P.Escourrou, J.C.Meurice : Les apnées centrales. Revue des maladies respiratoires.
- [6]. P.Escourrou, G.L.Roisman : Epidémiologie du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil de l'adulte et ses complications. Médecine du sommeil 2010.

- [7]. M.-H. Fline-Barthes, D. Vandendriessche, J. Gaugue 'Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociales et toxicologiques pendant la grossesse : évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical . Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Volume 44, Issue 5, May 2015, Pages 433–442.
- [8]. J. Haba-Rubio, R. Heinzer, M. Tafti, J. Krieger. Syndrome des jambes sans repos et mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil .EMC 2012.
- [9]. Johns ,Sensitivity and specificity of the multiple sleep latency test (MSLT), the maintenance of wakefulness test and the Epworth sleepiness scale: failure of the MSLT as a gold standard. J Sleep Res. 2000 Mar; 9(1):5-11.¹.
- [10]. D.Léger, M.ohayon. F.Beck. M.F Vecchierini : Prévalence de l'insomnie actualité épidémiologique 2010 *Médecine du Sommeil*, Volume 7, Issue 4, Pages 139-145.
- [11]. K.Marques INRS : sommeil et rythme de travail. 2010, Document pour le médecin du travail n°122
- [12]. Merino-Andreu M, Arnulf I, Konofal E, Derenne JP, Agid Y. (2003) Unawareness of naps in Parkinson's disease and in disorders with excessive daytime sleepiness. *Neurology*, 60, 1553-4. 2003.

- [13]. M.ohayon. : Epidémiologie des troubles du sommeil en France. Bulletin hebdomadaire épidémiologique INVS, Novembre 2012.
- [14]. M.Ohayon MM, Guilleminault C, Priest RG. Night terrors, sleepwalking, and confusional arousals in the general population: their frequency and relationship to other sleep and mental disorders. J Clin Psychiatry 1999).
- [15]. M.Ohayon: Prévalence et comorbidité des troubles du sommeil dans la population générale. La Revue du Praticien, Septembre 2007.
- [16]. Pichot.p, Boyer .P. Pull.Cet al. : Le questionnaire QD2A. la forme abrégée QD2A.1984.
- [17]. H. Tran Minh, H. Nguyen Xuan Bich : Rôle du questionnaire de Berlin dans le dépistage du syndrome d'apnées obstructives du sommeil. JOURNAL FRANCO-VIETNAMIEN DE PNEUMOLOGIE 2012; 03(09): 1-60.
- [18]. D. Teculescu' L. Benamghar' B. Hannhart : Le ronflement habituel. Prévalence et facteurs de risque dans un échantillon de la population masculine française Revue des Maladies Respiratoires. Vol 24, N° 3 - mars 2007.pp. 281-287.

- [19]. M.-F.Vecchierini, D.Léger : La somnolence diurne excessive et les hypersomnies centrales primaires : données épidémiologiques. Médecine du sommeil 2010
- [20]. La Narcolepsie : Orphanet.
- [21]. American Academy of Sleep Medicine, International Classification of Sleep Disorders (ICSD).[4] 2005
- [22]. NIH 2003.
- [23]. Synthèse de la recommandation de bonne pratique clinique : prise en charge du syndrome d'apnées-hypopnées de l'adulte obstructive du sommeil. Revue des Maladies Respiratoires octobre vol 27 2010 supplément.
- [24]. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine spécialité médecine générale .Etude épidémiologique des troubles du sommeil dans le Tarn et l'Aveyron à propos de 2117 adultes : état des lieux et perspectives .Présentée et soutenue publiquement par Claire GUZMAN. Le 15 octobre 2013.UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER -FACULTÉ DE MEDECINE.
- [25]. Thèse de doctorat de l'université Pierre et Marie Curie – Paris 6 Spécialité

Neurosciences École doctorale cerveau, cognition et comportement) Présentée par Cyrille
VERNET : Caractérisation des hypersomnies centrales chez l'homme : approche clinique et
électrophysiologique. Pour obtenir le grade de DOCTEUR. Soutenue Le 1^{er} JUILLET
2010.UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE.

[26]. RAPPORT SUR LE THEME DU SOMMEIL Ministère de la Santé et des Solidarités
DECEMBRE 2006 Rapport à Monsieur Xavier BERTRAND Ministère de la Santé et des
Solidarités.

Annexe 1 : Questionnaire Sommeil



PÔLE DES SPECIALITES MEDICO-CHIRURGICALES DU HAUT PASTEUR
Service de Pneumologie, Oncologie Thoracique Et Soins Intensifs Respiratoires
Professeur Charles-Hugo Marquette
Chef de service

UNITE DU SOMMEIL

Dr Wotter
Dr Launay
Dr Cherikh
Dr Téadl

QUESTIONNAIRE SOMMEIL

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez être reçu à la consultation des troubles du sommeil. Des médecins de différentes disciplines sont impliqués dans la prise en charge des troubles du sommeil. Afin de mieux cerner la pathologie dont vous souffrez, nous vous invitons à remplir ce bref questionnaire. Une fois ce questionnaire rempli, merci de l'enregistrer sur votre ordinateur, puis de nous l'adresser soit par mail à sommeil@chu-nice.fr, soit par voie postale à l'adresse indiquée à la fin du questionnaire.

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Poids/Taille	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
Email	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>

1/ Quels troubles du sommeil présentez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

Difficultés d'endormissement :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Eveils dans la nuit :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Réveil précoce le matin :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Somnolence excessive dans la journée :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sommeil décalé avec endormissement tardif et lever tardif et difficile :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sommeil agité :		
Cauchemars :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Somnambulisme (parler, marcher, déambuler durant le sommeil) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Paralysies durant le sommeil :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Secousses dans les jambes :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ronflez-vous ? :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Votre entourage a-t-il noté des arrêts respiratoires au cours de votre sommeil ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Présentez-vous :		
Le soir, au repos ou lors du coucher avez-vous des sensations pénibles dans les jambes qui vous gênent pour vous endormir ? :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ces sensations vous imposent-elles de bouger ? :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le mouvement de vos membres soulage-t-il ces sensations ? :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Décrivez, en 3 lignes, vos troubles du sommeil

2/ Conduisez-vous dans le cadre de votre travail ?

☐ Oui

☐ Non

3/ Evaluation de votre somnolence (Echelle de Somnolence d'Epworth) :

Afin de pouvoir évaluer chez vous une éventuelle somnolence dans la journée, voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Même si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter. Pour répondre, utilisez le chiffre de l'échelle le plus approprié pour chaque situation.

Notez 0 : si c'est exclu. "Il ne m'arrive jamais de somnoler" : aucune chance. **Notez 1** : si ce n'est pas impossible. "Il y a un petit risque" : faible chance. **Notez 2** : si c'est probable. "Il pourrait m'arriver de somnoler" : chance moyenne. **Notez 3** : si c'est systématique. "Je somnolerais à chaque fois" : forte chance

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir (dans la journée) dans les situations suivantes ?

Pendant que vous êtes occupé à lire un document

0

Devant la télévision ou au cinéma

0

Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès)

0

Passager, depuis au moins une heure, d'une voiture ou d'un transport en commun

0

Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent

0

En position assise au cours d'une conversation avec un proche

0

Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool

0

Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes

0

4/ Evaluation de la dépression (QD2a de Pichot) :

En ce moment, ma vie me semble vide

☐ Oui

☐ Non

J'ai du mal à me débarrasser de mauvaises pensées qui me passent par la tête

☐ Oui

☐ Non

Je suis sans énergie

☐ Oui

☐ Non

Je me sens bloqué(e) ou empêché(e) devant la moindre chose

☐ Oui

☐ Non

Je suis déçu(e) et dégoûté(e) par moi-même

☐ Oui

☐ Non

Je suis obligé(e) de me forcer pour faire quoi que ce soit

☐ Oui

☐ Non

J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire

☐ Oui

☐ Non

En ce moment je suis triste

☐ Oui

☐ Non

J'ai l'esprit moins clair que d'habitude

☐ Oui

☐ Non

J'aime moins qu'avant les choses qui me plaisent ou m'intéressent

☐ Oui

☐ Non

Ma mémoire me semble moins bonne que d'habitude

☐ Oui

☐ Non

Je suis sans espoir pour l'avenir

☐ Oui

☐ Non

En ce moment, je me sens moins heureux(se) que la plupart des gens

☐ Oui

☐ Non

5/ Evaluation de l'anxiété (Goldberg) :

- Vous sentez-vous souvent tendu(e), nerveux(se) ? ☐ Oui ☐ Non
- Ressentez-vous souvent de l'inquiétude ? ☐ Oui ☐ Non
- Êtes-vous souvent irritable ? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous habituellement des difficultés pour vous détendre ? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous souvent des maux de tête, des douleurs cervicales ou mal au dos ? ☐ Oui ☐ Non
- Ressentez-vous souvent l'une ou plusieurs des manifestation suivantes :
- tremblements, fourmillements, sensations de déséquilibre, sueurs, envies fréquentes d'uriner, boule dans la gorge, oppression thoracique, sensation de ballonnement, diarrhée ? ☐ Oui ☐ Non
- Êtes-vous inquiet(e) pour votre santé ? ☐ Oui ☐ Non

6/ Avez-vous d'autres problèmes de santé ?

Si oui, précisez lesquels :

7/ Quels médicaments prenez-vous actuellement?

Annexe 2 : Tableau de synthèse d’analyse statistique des données

Sous-groupe de population consultant pour suspicion de TRS 123 patients inclus	Troubles respiratoires Du sommeil 43 patients (34,95%)	Troubles neurologique Du sommeil 25 patients (20,32%)	Troubles psychiatriques du sommeil 23 patients (18,69%)	Troubles du sommeil poly- étiologique 22 patients (17,88%)	Absence de trouble du sommeil 10 patients (8,1%)
Sexe :	30 hommes : 69,76% 13 femmes : 30,23%	11 hommes : 44% 14 femmes : 56%	8 hommes :34,75% 15 femmes :65,21%	11 hommes (50%) 11 femmes (50%)	4 hommes 6 femmes
Age moyen :	56,38 ans	45,6 ans	55,32ans	54,58ans	49,91 ans
IMC:	30,43	22,8	23,44	27,67	26,22
Difficultés d'endormissement :	27,9% (11/43)	28% (7/25)	73,91% (17/23)	40,90% (9/22)	50% (5/10)
Eveils nocturnes multiples :	72,09% (31/43)	60% (15/25)	86,95% (20/23)	72,7% (16/22)	80% (8/10)
Eveils matinaux précoces :	51,16% (22/43)	24% (6/25)	69,56% (16/23)	72,7% (16/22)	70% (7/10)
Somnolence diurne excessive :	41,6% (18/43)	48% (12/25)	26,08% (6/23)	63,63% (14/22)	50% (5/10)
Sommeil décalé :	23,25% (10/43)	36% (9/25)	39,13% (9/23)	31,81% (7/22)	20% (2/10)
Cauchemars :	9,30%(4/43)	20% (5/25)	39,13%(9/23)	9,09% (2/22)	50% (5/10)
Somnambulisme :	4,65%(2/43)	24% (6/25)	8,69%(2/23)	9,09% (2/22)	10% (1/10)
Paralysies du sommeil :	16,27%(7/43)	16% (4/25)	8,69%(3/23)	4,54% (1/22)	10% (1/10)
Apnée :	53,48% (23/43)	12% (3/25)	4,34%(1/23)	31,81% (7/22)	30% (3/10)
Ronflement :	79,06% (34/43)	24% (6/25)	39,13%(9/23)	36,36% (8/22)	70% (7/10)
Secousses dans les jambes :	37,5%(16/43)	16% (4/25)	13,04% (3/23)	18,18% (4/22)	30% (3/10)
Sensation de gêne dans les jambes :	32,55% (14/43)	40% (10/25)	21,73%(5/23)	45,45% (10/22)	20% (2/10)
Imposant le mouvement :	27,9% (12/43)	32% (8/25)	21,73%(5/23)	54,54% (12/22)	20% (2/10)
Soulagées par le mouvement :	23,25% (10/43)	24% (6/25)	13,04%(3/23)	36,36% (8/22)	30% (2/10)
Conduite au travail :	23,25% (10/43)	24% (6/25)	4,34%(1/23)	27,27% (6/22)	0%
Score moyen Epworth :	8,48	9,7	7,27	11,9	7,33
Score moyen Pichot :	4,52	3,66	4,3	5	5,22
Score moyen Goldberg :	3,87	3,47	7,57	6,15	5,33
Comorbidité cardio-vasculaire :	11,62%(5/43)	0% (0/25)	8,69% (2/23)	9,09% (2/22)	0%(0/10)
Comorbidité psychiatrique :	11,62%(5/43)	4% (1/25)	8,69% (2/23)	18,18% (4/22)	20% (2/10)
Traitement cardio-vasculaire :	34,8% (15/43)	8% (2/25)	13,04% (3/23)	13,63% (3/22)	10% (1/10)
Traitement psychiatrique :	13,9% (6/43)	8% (2/25)	21,73% (5/23)	22,72% (5/22)	40% (4/10)
Taux de bonne orientation :	65,11% (28/43)	100% (25/25)	91,30% (21/23)	100% (22/22)	0%

PÔLE CARDIO-VASCULAIRE,
THORACIQUE ET MÉTABOLIQUE

Centre du Sommeil

Vous trouverez des Informations sur les modalités d'accès à une prise en charge des différents troubles du sommeil et de la vigilance au sein du centre du sommeil du CHU de Nice



Ce centre s'organise autour d'un secteur de consultation (Pavillon H, RDC) et d'une unité d'explorations fonctionnelles des troubles du sommeil et de la vigilance intégrée à l'hôpital de semaine de pneumologie (Pavillon H, 3^e étage).

> Vos contacts

• Unité d'exploration du sommeil

> Médecins: Dr M. Launay,
Dr P. Wolter

> Cadre de Santé: 04 92 03 80 60

> Infirmiers diplômés d'état 04 92 03 80 61

> Secrétariat: 04 92 03 80 59
..... Fax 04 92 03 80 42

• La consultation

Tél.: 04 92 03 77 67

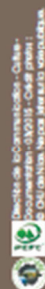
Fax: 04 92 03 89 94

Mail: consultationsommeil@chu-nice.fr

Pôle Cardio-vasculaire, Thoracique et Métabolique

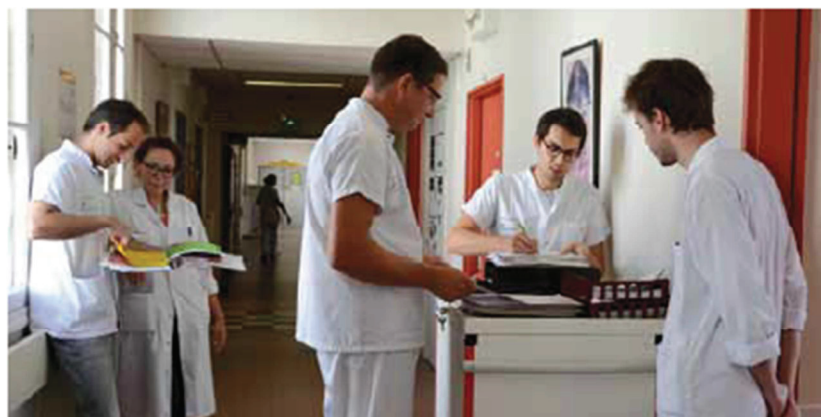


Hôpital Pasteur • Pavillon H - 1^{er} étage
30 Avenue de la Voie Romaine • CS 51069
06001 NICE Cedex 1 • 04 92 03 77 77
www.chu-nice.fr



Si l'enregistrement est prévu 2 nuits, il n'est pas possible de quitter l'unité entre les 2 nuits. La polysomnographie peut être complétée dans la journée par les tests itératifs de latence d'endormissement qui consiste à réaliser 5 siestes programmées (9h, 11h, 13h, 15h, 17h) afin d'évaluer notamment le temps d'endormissement.

L'enregistrement lors de la deuxième nuit peut être de longue durée selon la demande de votre médecin. La sortie se fait alors dans l'après-midi.



• **Recommandations :**

Apportez un vêtement de nuit et des affaires de toilette (shampooing, gel douche, serviette). Prenez de quoi vous occuper dans la journée (lecture etc..).

Apportez vos médicaments et ordonnances.

Si des questionnaires vous ont été remis lors de la consultation, rapportez les remplis.

Les prothèses capillaires, vernis ou faux ongles sont **INTERDITS**.

Prenez vos médicaments habituels (sauf instruction particulière).

En cas de nécessité, vous pourrez utiliser votre téléphone portable.

• **IMPORTANT...**

Vous recevrez une convocation par courrier pour vous communiquer la date de l'examen.

Un(e) infirmier(e) du service vous demandera par téléphone une semaine avant l'examen de confirmer votre venue.

› Secteur de consultations

Les pathologies du sommeil sont fréquentes et variées. Elles imposent une prise en charge multidisciplinaire qui s'articule sur le CHU de Nice autour des spécialités suivantes : neurologie, pneumologie et psychiatrie.

- **Quelles sont les pathologies prises en charge ?**

- 1/ Les insomnies
- 2/ Les troubles respiratoires au cours du sommeil (dont le syndrome d'apnées du sommeil)
- 3/ Les hypersomnies d'origine centrales (ex : narcolepsie)
- 4/ Les troubles du rythme circadien
- 5/ Les parasomnies (type somnambulisme par exemple)
- 6/ Les mouvements anormaux en relation avec le sommeil (syndrome des jambes sans repos)

- **Comment prendre un rendez-vous de consultation ?**

Votre médecin traitant reste l'interlocuteur de première ligne pour vous guider dans la prise en charge de vos troubles. Si une expertise plus poussée est nécessaire dans notre centre, il faudra alors remplir notre **questionnaire d'orientation** (lien) qu'il faudra alors retourner à notre secrétariat par mail ou courrier postal, accompagné dans la mesure du possible par un courrier de votre médecin référent.

L'analyse des questionnaires permet de vous adresser à un praticien approprié :

- > Dr M. Launay, neurologue :

Hypersomnies centrales (Narcolepsie..), syndrome des jambes sans repos, parasomnies (somnambulisme...), troubles du sommeil en rapport avec une pathologie neurologique (maladie de Parkinson, sclérose en plaques).

- > Dr P. Wolter, pneumologue :

Troubles respiratoires du sommeil.

- > Dr Stefanini, psychiatre :

Insomnie, troubles du sommeil en rapport avec une pathologie psychiatrique. Une convocation vous sera adressée par courrier pour notifier la date, le lieu de la consultation et le nom du praticien.

› Unité d'exploration du sommeil

- Quelles sont les indications habituelles d'une exploration du sommeil ?
 - > Troubles respiratoires du sommeil type syndrome d'apnées du sommeil
 - > Troubles du comportement nocturne
 - › Parasomnie atypique (doute sur le diagnostic), se traduisant par des comportements violents ou dangereux ou se traduisant par des épisodes fréquents
 - › Syndrome des jambes sans repos atypiques (doute diagnostic) ou résistant au traitement classique.
 - > Endormissements fréquents et irrésistibles à tout moment
 - > Insomnies dans de rares situations :
 - › Insomnie sévère
 - › Échec thérapeutique
 - › Suspicion d'autres troubles du sommeil associé

• Quel type d'exploration ?

1/ La polysomnographie (PSG)

La PSG est un examen complet qui consiste à enregistrer différentes paramètres respiratoires, les mouvements et l'activité électrique du cerveau pour évaluer la qualité de votre sommeil à la recherche d'éventuelles anomalies.

2/ La polygraphie ventilatoire (PV)

La PV est un examen simplifié où seuls les paramètres respiratoires sont étudiés.

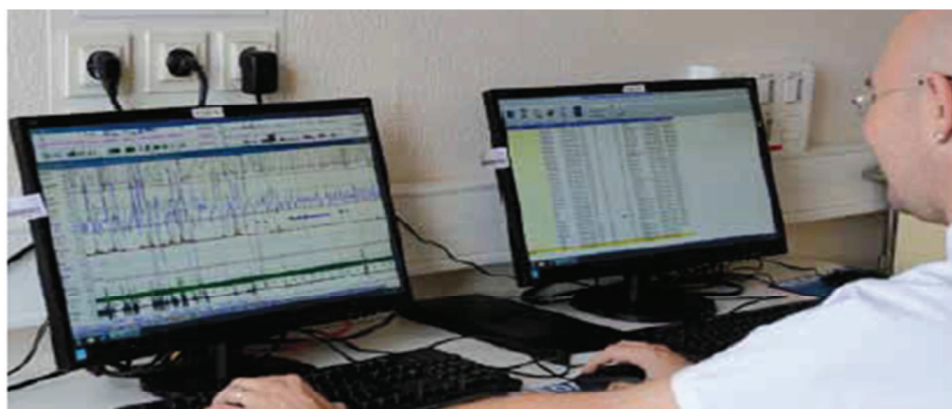


PSG



PV

L'ensemble des capteurs relié à un ordinateur qui vous empêchera de vous lever seul durant la nuit.



Station de relecture

En pratique :

L'infirmier(e) vous posera des électrodes et des capteurs sur le corps afin d'enregistrer un maximum d'information pendant votre sommeil (cf photo).

Un enregistrement vidéo peut accompagner l'exploration afin d'analyser un éventuel trouble du comportement nocturne.

• Comment se rendre dans le service ?

Vous devez vous présenter à 14h00 au service des admissions (pavillon H, RDC).

Ensuite, vous devez vous présenter à l'unité d'exploration du sommeil situé en hôpital de semaine dans le service de pneumologie (pavillon H, 3^e étage). Un(e) infirmier(e) va vous accueillir et vous installer dans une chambre individuelle.

L'interne du service viendra vous voir afin de procéder à un entretien.

• Combien de temps va durer l'examen ?

La durée d'hospitalisation dépend de la prescription de votre médecin et de la nature de votre trouble du sommeil.

Si l'enregistrement est prévu pour une nuit, votre médecin interprète l'enregistrement le lendemain matin et vous communique le résultat avant votre sortie du service.

Si un transport est prévu (taxi ou ambulance) pour votre départ du service, celui-ci ne sera pas avant 12h00.

Pour convenance personnelle, une sortie reste possible après le réveil une fois les capteurs retirés par l'infirmier(e) avant la visite du médecin. Un compte rendu de l'examen sera de toute façon envoyé à votre médecin référent.

VIV-Serment d'Hippocrate :

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

X-Résumé :

Au Laboratoire du sommeil du CHU de Nice Le délai moyen d'hospitalisation pour l'exploration de trouble du sommeil après consultation initiale varie de 1.5 mois pour les polysomnographies, à 24h après la consultation pour les polygraphies ventilatoires en cas de place et d'appareillage disponible.

Devant la demande croissante et un allongement des délais de prise en charge en consultation et en hospitalisation pour exploration spécialisée il a été mise en place par le Docteur Maël Launay Neurologue spécialiste du sommeil, un questionnaire d'orientation diagnostique et de dépistage des pathologies du sommeil afin de raccourcir les délais de prise en charge.

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'intérêt et la pertinence de ce questionnaire pour l'orientation en première intention des patients du CHU de NICE désirant une première consultation pour recherche de pathologie du sommeil.

Les données des questionnaires et consultations sommeil de 123 patients ont été recueillies et analysées. Et 65.11% des patients présentant une forte présomption de trouble respiratoire à l'issue de la première consultation avaient été orientés vers un pneumologue spécialiste du sommeil. 91.30% des patients présentant une forte présomption de trouble du sommeil d'origine psychiatrique à l'issue de la première consultation avaient été orientés vers un neurologue ou psychiatre spécialiste du sommeil. 100% des patients présentant une forte présomption de trouble neurologique du sommeil à l'issue de la première consultation avaient été orientés vers un neurologue spécialiste du sommeil.

Ce questionnaire peut constituer un bon outil d'orientation diagnostique du fait de sa multi-modalité et d'une exploration de la symptomatologie des troubles du sommeil relativement large, sans pour autant devenir trop complexe pour les patients, avec des questions claires et dichotomiques.

Cependant il ne se substitue pas à l'interrogatoire, à l'examen clinique et aux explorations spécialisées pour poser le diagnostic final.

Il permet en revanche un gain de temps et une priorisation des patients en termes de délai de prise en charge diagnostique et thérapeutique, en limitant les erreurs d'orientation.

Il faut néanmoins garder en tête que ce questionnaire ne peut être utilisé pour orienter les patients que par un spécialiste du sommeil, et que les questions sont laissées à la libre interprétation du spécialiste.